Universidad Central ¨Marta Abreu¨ de las Villas
Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo de Diploma presentado en opción al
Título de Licenciada en Psicología.

Título: Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores centenarios.

Autor: Lilianny Rodriguez Alonso.

Tutor: MSc. Yadira Grau Valdés.

Co-Tutor: Lic. Lesnay Martínez Rodríguez.

Asesor estadístico: Lic. Elizabeth Jiménez Puig.

Santa Clara

2017

Exergo

William James solía predicar la ¨voluntad de creer¨. Yo, por mi parte, quisiera predicar la ¨voluntad de dudar¨… Lo que se persigue no es la voluntad de creer, sino el deseo de descubrir, que es exactamente lo opuesto.

Bertrand Russell, Sceptical Essays (1928).

Dedicatoria

A Lesnay, por hacer este proyecto suyo. Sin ti, no hubiera llegado a tiempo.

A mami y abuela, que la excepcionalidad les quede corta.

A mí, porque me lo merezco.

Agradecimientos

A mis padres, por tanto sacrificio.

A mami, porque aunque no parezca que estudio Psicología soy Licenciada.

A mi papá, porque sé que se siente orgulloso de su hija.

A mis tíos: Miriela y Yusel, por el apoyo de todos estos meses.

A Adrián, por su paciencia y amor, porque al final somos muy parecidos.

A Yudenia, por reforzar el sueño de salir de casa y estudiar lejos.

A Luis, por ser el mejor amigo. Gracias por enseñarme a no desesperarme y tener amnesia, porque al final ¨todo cae por su propio peso¨, #TeamDinamita.

A mis Yuliets, fuentes de discordias y cariño.

A Amarilla, por su amistad incondicional, por darme la oportunidad de conocer a su asombrosa familia de la cual me considero parte, #TeamDinamita

A la China, porque las indiferencias dan paso a la excepcionalidad,#TeamDinamita

A Tahiry, Beatriz, Rosy y Dailín. Gracias por su compañía y los momentos compartidos.

A mi cotutora, porque todavía siento su 39 en la espalda.

A mi tutora, porque la distancia no fue un impedimento.

A Jorge Grau por las aclaraciones y los comentarios certeros.

A mi grupo y en especial a mi EXTRAcompañero Manuel.

A los profesores del Departamento de Psicología General, por hacer de este trayecto todo un deleite.

A Diana Rosa, por los momentos compartidos y la ayuda brindada.

A los muchachos de Santa Clara que estudian Psicología.

Resumen

La presente investigación se realizó en la ciudad de Santa Clara en el período comprendido desde marzo hasta junio del 2017. Se orientó a caracterizar la ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores centenarios. Se realizó mediante un muestreo no probabilístico o dirigido, la muestra quedó conformada por 30 cuidadores principales de adultos mayores centenarios. Se utilizó una metodología cuantitativa con un diseño no experimental transversal, el alcance del estudio fue exploratorio-descriptivo. Se emplearon como técnicas el Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), el Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE), la Escala de Zarit y un Cuestionario para la recolección de las variables sociodemográficas. Los resultados evidencian un predominio del género femenino entre los cuidadores principales y un rango de edad que oscila entre 58 a 73 años. Se identifica que el parentesco entre cuidador y adulto mayor centenario es filial. La unión conyugal se reconoce como el estado civil más frecuente. Los cuidadores principales no perciben sobrecarga, experimentan niveles medios de ansiedad ante situaciones puntuales y generales. Los niveles de la depresión rasgo no presenta diferencias significativas mientras que la depresión estado manifiesta niveles altos.

Palabras claves: Cuidador principal, ansiedad, depresión, sobrecarga

Abstract

The present investigation was carried out in the city of Santa Clara in the period from March to June of 2017. It was oriented to characterize anxiety, depression and overload in primary caregivers of centenarian older adults. It was performed by means of a non-probabilistic or directed sampling; the sample was formed by 30 main caretakers of centenarian older adults. We used a quantitative methodology with a non-experimental cross-sectional design; the scope of the study was exploratory-descriptive. The trait-state anxiety inventory (IDARE), the trait-state depression inventory (IDERE), the Zarit Scale and a questionnaire for the collection of sociodemographic variables were used as techniques. The results show a predominance of the female gender among the main caregivers and a range of age ranging from 58 to 73 years. It is identified that the degree of relationship between caregiver and older adult is filial. Conjugal marriage is recognized as the most frequent marital status. The main caregivers do not perceive overload, they experience average levels of anxiety in specific and general situations. Levels of the depression trait did not present significant differences while the depression state manifested high levels.

Key words: Primary caregivers, anxiety, depression, overload

Índice

Introducción 1
Capítulo I: Marco teórico 7
1.1.- Envejecimiento poblacional como fenómeno social. 7
1.2.- Particularidades físicas, psicológicas y sociales en la adultez mayor. 12
1.2.1.- Características del Adulto Mayor Centenario. 15
1.3.- El cuidador principal. 18
1.4.- La sobrecarga desde la dimensión emocional. Ansiedad y depresión. 21
Capítulo II: Marco metodológico. 27
2.1.- Paradigma de Investigación. 27
2.1.1.- Alcance de la investigación. 27
2.1.2.- Diseño de Investigación. 27
2.2.- Selección y descripción de la muestra. 28
2.3.- Definición y operacionalización de variables. 29
2.3.1.- Definición conceptual de variables 29
2.3.2.- Operacionalización de las variables. 32
2.4- Descripción de técnicas y métodos utilizados. 32
2.5.- Procedimiento. 37
2.6.- Aspectos éticos de la investigación. 37
Capítulo III: Análisis de resultados. 39
3.1.- Presentación de las variables sociodemográficas. 39
3.2.- Escala de Zarit. 47
3.3.- Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDERE). 48
3.4.- Inventario de Ansiedad Rasgo–Estado (IDARE). 49
3.5.- Discusión de resultados. 50
Conclusiones 56
Recomendaciones. 57
Referencias Bibliográficas
Anexos

Introducción

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores de 65 años está aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo (INEGI, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) considera que en el siglo XXI las poblaciones tendrán mayor tendencia a envejecer mientras que en las sociedades se consolidará la cuantiosa presencia de personas mayores. La mayoría de los científicos sociales coinciden en señalar el envejecimiento como un hecho progresivo y generalizado, destacándolo como uno de los fenómenos más interesantes de la actualidad (OMS, 2015).

Resulta especialmente llamativo el escenario establecido, sin precedentes en la historia, que vislumbra sociedades sobresaturadas por ciudadanos de edad avanzada en relación a la población infantil y juvenil, con tendencia a decrecer (OMS, 2015).

El ritmo de envejecimiento de la población a nivel mundial es más acelerado que en el pasado siglo. Países como Francia, necesitaron casi 100 años para adaptarse al aumento del 7% al 14% en la proporción de la población mayor de 65 años, lo que en el caso de Brasil, China e India tendrán un poco más de 20 años para realizar la misma transición (OMS, 2015). Por tanto, la adaptación en estos países deberá ser mucho más rápida que en el pasado, a consecuencia del apresurado cambio no dispondrán del tiempo suficiente para prepararse o de los recursos necesarios para enfrentar el fenómeno, por lo que se hace imprescindible educarse y comenzar inmediatamente a trazar políticas que respalden este suceso.

Para el 2015, Japón constituyó el único país con más del 30% de su población de 60 años, sin embargo, se prevé que para la segunda mitad del siglo XXI países de los diferentes continentes tendrán una proporción similar. El continente europeo no estará exento de este fenómeno, sin embargo, dentro del continente asiático se pronostica que la República de Corea, China, la Federación de Rusia, la República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam junto a Cuba, Bolivia, Perú, Brasil y Uruguay países del continente americano, serán los mayores portadores de este sector poblacional (Getty, 2015; OMS, 2015).

Se estima entonces que entre el 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más, aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones, de los que aproximadamente 276 millones vivirán en países subdesarrollados (OMS, 2017).

Se producirá una transición demográfica hacia poblaciones de mayor edad, donde existe un descenso en la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, bajos índices de natalidad, fecundidad y emigración como condiciones que provocan el aumento de una población envejecida en el mundo.

Aunque con matices y diferencias en cuanto al proceso de instauración y a la velocidad de los cambios, el envejecimiento es palpable en Cuba. Dentro de los países de América Latina muestra la segunda demografía más envejecida, donde su población mayor de 60 años representa el 19.8 % de la población total de la isla (ONE, 2015).

Si bien el aumento de la esperanza de vida representa un triunfo, el envejecimiento de la población plantea diversos retos a las familias, comunidades y a la sociedad, en aspectos como el crecimiento económico, la seguridad en la vejez, la organización de los sistemas de atención a la salud y la solidez de los sistemas de apoyo familiar (Castro, 2014).

En una sociedad que envejece aceleradamente la preocupación por la calidad de vida de los adultos mayores demanda conocer no solo el déficit sino sus potencialidades. En consecuencia se deben trazar políticas sociales que contribuyan, no solo a atenuar los efectos de la vejez, sino que garanticen un desarrollo para este sector poblacional.

En 30 años, Cuba alcanza indicadores de envejecimiento similares a países altamente desarrollados, donde la esperanza de vida de las personas que llegan a los 60, es de 20 años y de los que llegan a 80 años entre 6 y 7 (Castro, 2014).

Villa Clara se reconoce entre las provincias más envejecidas del país lo cual se evidencia en un 20% de la población y alcanza el índice más elevado de población mayor de 85 años (ONE, 2015). En rangos equivalentes a nivel nacional se ubican las provincias de Ciudad de la Habana con un 18,9% y Sancti Spíritus con un 18,2% (ONE, 2015).

Según el Anuario Estadístico de la Población de la provincia de Villa Clara (2015) el municipio más poblado es Santa Clara con un total de 244 331 habitantes, de los cuales 41 606 habitantes sobrepasan los 65 años de vida, lo que representa un 17% de la población. Teniendo en cuenta las predicciones para los próximos años, la tasa de soporte a

la vejez, definida como el número de adultos en edad laboral por persona mayor, se encontrará en niveles muy bajos, provocando nuevos desafíos y reestructuraciones políticas.

Por otro lado, cada vez son más frecuentes los individuos que se aproximan a los valores máximos de la vida identificados entre los 100 y 120 años, estando en presencia de nuevas escalas dentro del ciclo vital. Para que el envejecimiento resulte una experiencia positiva, la prolongación de la vida debe ir acompañada de la mejora en la calidad de quienes alcanzan una edad avanzada, permitiéndoles mantener un nivel óptimo de bienestar.

Diversos estudios a nivel mundial, fundamentalmente en países desarrollados, refutan la hipótesis de que en su gran mayoría las personas de 100 años o más son dependientes, dementes o discapacitadas (Duenwald, 2014). A pesar de estos resultados, el adulto mayor centenario posee un deterioro físico y psíquico como consecuencia del proceso de envejecimiento y que expresa transformaciones somáticas y funcionales particulares en correspondencia con esta nueva etapa.

El logro de una longevidad excepcional demanda necesariamente niveles de atención y cuidado de forma continua. En muchos casos el cuidado del adulto mayor corresponde a una única persona, que siendo un miembro de la familia o no, asume la responsabilidad y las funciones del cuidado. El cuidador principal se reconoce como la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario, y también la que permite seguir viviendo en su entorno y de una manera confortable y segura a una persona que por razones de edad o incapacidad no es totalmente independiente (Moure, 2011).

La actividad del cuidado posee amplias repercusiones para la salud y bienestar de quien asume el rol, en tanto, supone una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer dificultades emocionales. Estos elementos alcanzan especial repercusión cuando las funciones se realizan por adultos mayores que además de experimentar afectaciones asociadas al rol deben sobrellevar los cambios propios de la etapa evolutiva por la que transitan (Gayomali, Sutherland & Finkelstein, 2012).

El desempeño de un adulto mayor en funciones de cuidador principal exige una entrega para la cual sus capacidades físicas y psicológicas evidencian limitaciones o deterioro y que alcanzan una repercusión directa en su rol.

La actividad de cuidado y sus funciones implica el riesgo de experimentar sobrecarga, que trae consigo afectaciones desde el punto vista físico, psicológico y social (Espín et al., 2014; Findling y López, 2015).

Algunas de las afectaciones físicas derivadas de la sobrecarga se asocian con la fatiga, falta de sueño, agotamiento físico y/o psicológico, descompensación de enfermedades crónicas, abandono de tratamiento médico e ineficientes habilidades de autocuidado.

Los recurrentes casos en que se afecta la movilidad del adulto mayor centenario demanda un sobreesfuerzo físico por parte del adulto mayor encargado de su cuidado, lo que atenta con el constante deterioro que puede presentar el cuidador y que deriva en problemas osteomusculares, fracturas y esguinces (Crespo y López, 2014).

Las repercusiones sociales del cuidado se evidencian en una reducción de la participación en actividades sociales, laborales, culturales y recreativas debido a la escasa disponibilidad del tiempo y las insuficientes redes de apoyo social. En la dinámica familiar se aprecia la desesperanza y el desconsuelo a consecuencia del ineficiente apoyo recibido y a la disparidad de criterios acerca del manejo y cuidado del adulto mayor centenario.

Las situaciones de estrés, se convierten en algo habitual para los cuidadores, estas provocan la aparición de sentimientos negativos (ira, culpa, soledad, angustia, inseguridad, resentimiento, frustración, tristeza y vergüenza) y la frecuencia de alteraciones afectivas (depresión y ansiedad) de difícil manejo para este.

Cuidar a una persona que alcanza la longevidad extrema, produce en el cuidador principal síntomas depresivos, ansiosos y gran impacto sobre su salud. La atención y función del cuidado trasciende la asistencia instrumental diaria y es precisamente el cuidador quien provee a su vez la atención emocional.

La actitud, bienestar, calidad de vida y emociones que vivencie el "cuidador principal" ejerce influencia en el adulto mayor centenario, por lo cual, es importante su atención y conocer las particularidades que presentan.

Teniendo en consideración lo expuesto anteriormente el presente estudio formula como **Problema de Investigación:**

- ¿Cuáles son las manifestaciones de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores centenarios?

Para dar respuesta al problema de investigación se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Caracterizar la ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores centenarios.

Objetivos específicos:

- Describir sociodemográficamente a los cuidadores principales de adultos mayores centenarios.
- Evaluar el grado de sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores centenarios.
- Determinar los niveles de ansiedad y depresión rasgo /estado en los cuidadores principales de adultos mayores centenarios.

Tareas de investigación.

- ¿Cómo describir sociodemográficamente a los cuidadores principales de adultos mayores centenarios?
- ¿Cómo evaluar la sobrecarga en los cuidadores principales de adultos mayores centenarios?
- ¿Cómo determinar los niveles de ansiedad y depresión rasgo /estado en los cuidadores principales de adultos mayores centenarios?

La investigación aporta conocimientos sobre la muestra de estudio y facilita un acercamiento a este sector población para establecer proyecciones políticas a nivel municipal que favorezcan tanto al cuidador principal como al adulto mayor centenario a su cuidado. El estudio resulta viable pues se cuenta con los recursos materiales y humanos así como la disponibilidad temporal para realizar el mismo. Constituye además una prioridad de los organismos del Poder Popular y del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Santa Clara.

El aporte teórico de la investigación radica en su contribución al enriquecimiento de la categoría cuidador principal y la delimitación de un conjunto de componentes funcionales que lo determinan. De igual manera la investigación contribuye a la comprensión del papel de la sobrecarga desde la dimensión emocional y de manera particular, en el esclarecimiento de las peculiaridades que alcanza en el cuidador principal de adulto mayor centenario.

El valor práctico se avala por la contribución en torno al cuidador principal del adulto mayor centenario a partir de una minuciosa descripción sociodemográfica. Se evalúan las variables clínicas y de salud: ansiedad (rasgo/estado), depresión (rasgo/estado) y sobrecarga; las cuales se deben tener en cuenta para proyectar intervenciones en esta área.

La relevancia social de la investigación está dada por el valor de los resultados científicos que aporta y que alcanzan como beneficiarios a la Dirección Municipal de Salud Pública y a la Asamblea del Poder Popular municipal como organismos que pueden contribuir a la elaboración de políticas sociales orientadas al bienestar de los centenarios y sus cuidadores.

La novedad científica radica en el abordaje de una problemática de investigación sobre la cual no se reconocen antecedentes en la provincia ni a nivel nacional por lo cual se identifica una brecha de investigación para profundizar.

1.1.- Envejecimiento poblacional como fenómeno social.

Durante el siglo XX, en la mayoría de los países desarrollados se produjo una revolucionaria transformación de la longevidad poblacional. En este período, la esperanza de vida al nacer prácticamente se duplicó, ganándose cerca de treinta años más de vida por persona, provocando un envejecimiento general de las poblaciones, lo cual constituye en la actualidad una realidad palpable (ONU, 2014). Envejecer se considera un privilegio y un importante logro social, pero también un trascendente reto para el siglo XXI, debido al impacto del cada vez más elevado número de personas ancianas.

Los cambios surgidos al amparo de la sociedad actual, al igual que a nivel cultural, contextual e histórico influyen en la conformación de concepciones o representaciones sobre el envejecimiento, construyendo modelos de vejez particulares. Estos elementos se encuentran caracterizados por la intersección producida entre los cambios sociales más significativos del pasado siglo y las importantes transformaciones sociales y demográficas del presente (ONU, 2015).

Envejecemos tal y como hemos vivido, y nuestra trayectoria biográfica culmina con el proceso de la muerte que, si todo se desarrolla conforme a la normalidad establecida, llegará tras un período más o menos largo de vejez (OMS, 2015a).

El envejecimiento es un proceso dinámico, gradual, progresivo e irreversible en el que influyen multitud de cambios en varios ámbitos: biológico, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está bien definido por este, si bien todos los fenómenos del envejecimiento son dados, en todos no se envejece de la misma manera, ni tampoco cada parte del organismo envejece al mismo tiempo; siempre lleva el sello de lo singular, lo único y lo individual (Martín, 2009).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2009) considera que el envejecimiento es un destello de la superación del proceso evolutivo humano, pues es la consecuencia de la disminución de la mortalidad (fusionada con la disminución de la fertilidad) y una gran supervivencia. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), el envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el

medio. Los ritmos a los que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos es difícil de aceptar como una realidad innata de este.

Mundialmente se han registrado alrededor de 700 millones de personas de 60 años o más que de acuerdo con la ONU (2015) para el año 2050 la cifra ascenderá el doble con 1400 millones de adultos mayores ubicados mayoritariamente en países menos desarrollados.

América Latina y el Caribe evidencian un aumento porcentual de personas mayores así como la disminución de menores de 15 años y de personas en edades productivas (ONE, 2014). En esta región, el índice de personas mayores de 60 años, sufrió modificaciones de 5.6% en 1950 a 9.9% en el 2010, lo que se prevé que en el 2100 este grupo sobrepase el 35% de la población (ONE, 2014). De acuerdo con estos datos se pronostica una tasa de crecimiento demográfico en América Latina positiva del 2080-2085 y que continuará aumentando este tipo de población más apresuradamente que la restante (ONU, 2015).

En el caso de México, las proyecciones hechas para el año 2050 indican que el 25% de los mexicanos serán adultos mayores, alcanzando en tan sólo 50 años el mismo porcentaje que a países como a Francia les tomó casi tres siglos (CONACYT, 2014).

Los países europeos y Japón, se encuentran más avanzados en este proceso, donde al menos una de cada cinco personas tiene 60 años de edad o más. Se estima que para 2050 en muchas regiones subdesarrolladas los adultos mayores tendrán una proporción de más de uno de cada cuatro habitantes (CONACYT, 2014). A excepción de la mayor parte de los países africanos, donde la transición demográfica está actualmente en un proceso incipiente, el resto de los países estarán enfrentando un envejecimiento avanzado de su población (CONACYT, 2014).

La revolución de la longevidad se vio inicialmente protagonizada por países desarrollados, sin embargo, se pronostica que muchos países en desarrollo alcanzarán similares niveles de envejecimiento en los próximos años, lo que indica que este fenómeno poblacional es el hecho demográfico contemporáneo más notorio a nivel mundial.

El envejecimiento se encuentra condicionado por factores como el descenso de la mortalidad, la reducción del número de nacimientos y la emigración (ONU, 2014; OMS, 2014; OMS, 2015).

El descenso de la mortalidad es un elemento determinante en el aumento de la esperanza de vida. Suceso del que se benefician las poblaciones infantiles y jóvenes, y el número de personas que en muchos países logran ser octogenarias, nonagenarias o incluso centenarias (OMS, 2015).

El segundo elemento determinante del envejecimiento poblacional está dado por la reducción del número de nacimientos, lo que modifica claramente el peso específico de los diferentes grupos de edad (OMS, 2015).

Desde un análisis demográfico la emigración se reconoce como un tercer elemento o factor de influencia sobre el envejecimiento que genera como consecuencia, el rejuvenecimiento general de la población del país de acogida, junto a un envejecimiento general de la población del país de origen (OMS, 2015). Resulta indudable que la progresiva reducción del número total de niños provoca el aumento relativo del número de personas mayores frente a las más jóvenes y que también una población en la que se produzca un escaso número de nacimientos y de defunciones, será más pronto o más tarde una población envejecida.

Este es uno de los factores determinantes del envejecimiento poblacional cubano, y también en otros países de Latinoamérica, pues por lo general, los fenómenos de migración se relacionan con motivos laborales o económicos, que afectan principalmente a personas jóvenes y adultas.

Desde la década del 90 y hasta principios del presente siglo la situación demográfica en Cuba ha sufrido significativos cambios que afectaron de manera progresiva su pirámide poblacional. De forma directa o indirecta los cambios se encuentran asociados a diversos procesos sociales como la transición demográfica, la migración externa, la crisis económica y la mejora de las condiciones sociales (Gran Álvarez y López, 2015).

Con respecto a la transición demográfica para la última década del siglo XX, Cuba mostraba cambios peculiares en su patrón demográfico con una tendencia atípica en los países subdesarrollados de su entorno y una evidente transformación hacia la occidentalización del patrón demográfico (Castro, 2014). La baja fecundidad, la importante

reducción de la mortalidad y el aumento significativo de la esperanza de vida se reconocen como circunstancias que marcan la evolución del patrón demográfico y el progresivo envejecimiento poblacional en Cuba (ONE, 2015; OMS, 2015).

El acelerado descenso de la natalidad a nivel nacional ha pasado del 27,7% de nacimientos por cada mil habitantes en 1970 a la actual tasa de 11,4%, para una reducción de 98.301 nacimientos sobre el pronóstico previsto (Álvarez y López, 2015). Entre 1990 y 2015, la fecundidad general se ha reducido en un 24%, dejando una tasa bruta de reproducción inferior a 1 (0.76 hijos por mujer) desde 1978, lo que hace que actualmente en Cuba no se llegue a alcanzar el nivel de reemplazo generacional (ONE, 2015).

De forma paralela se evidencia un significativo descenso en las tasas de mortalidad, ello indica que la población cubana vive hoy más años y las capas más longevas son progresivamente más numerosas (ONE, 2015). Como consecuencia de la baja mortalidad y como resultado de los planes de intervención en salud pública y sobre los contextos comunitarios, la esperanza de vida al nacer en Cuba ha mejorado de manera significativa ponderándola como la más elevada de América Latina (ONE, 2015).

La atención al envejecimiento se encuentra dentro de las prioridades del Estado y una de las alternativas implementadas radica sobre el sistema de salud. El Ministerio de Salud Pública tiene como uno de sus propósitos: mejorar la calidad de la atención al adulto mayor, lo que deriva en la expectativa y la calidad de vida, manteniendo la percepción de bienestar y con ello la autonomía, independencia y funcionabilidad. Además, cuenta con un equipo de atención primaria de salud (médico-enfermera de la familia) para facilitar el cumplimiento del programa comunitario al adulto mayor (MINSAP, 2013).

Lograr una vejez satisfactoria donde las personas asocien el incremento de su longevidad al mantenimiento de su autonomía y su integración social depende de que este proceso se desarrolle de forma favorable. Desde 1996 para alcanzar estos logros se originan acciones en favor del estudio y la atención a la Tercera Edad, entre las instituciones más destacadas se encuentra el centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED), el Centro de Orientación y Atención Psicológica (CDAP) por el Hospital Gral. Calixto García de la ciudad de La Habana, las Facultades de Psicología de la Universidad de La Habana y la Universidad Central ¨Marta Abreu¨ de Las Villas (Noriega, López y Soto, 2015).

Las principales experiencias en el país en materia de atención al adulto mayor hasta el 2000, se encontraban en el área de la salud, donde han jugado y juegan un rol importante los Círculos de Abuelos, los cuales superan los 400 000; cuyas actividades, si bien no se desarrollan en un ámbito escolarizado tienen un eminente carácter educativo en tanto propician estrategias preventivas y promueven la salud en los adultos mayores (García, 2008). Las Casas de Abuelos de igual forma ofrecen atención diurna a la población mayor de cada municipio y desde septiembre de 1997 se convirtieron en centros de rehabilitación física, psicológica y social con atención integral no permanente (CEPAL, 2012).

En el municipio de Santa Clara entre los espacios más reconocidos se reconoce el Programa del Adulto Mayor (PAM) y la Universidad del Adulto Mayor (UAM) que promueven numerosas acciones orientadas a garantizar las condiciones necesarias para elevar la calidad de vida en la tercera edad, indicador de bienestar material y espiritual del hombre y en particular en su contexto socio-ambiental, determinantes que avalan la esperanza de vida de este grupo de personas (Noriega, López y Soto, 2015). Estos programas cuentan con la colaboración de la Universidad Central "Marta Abreu de las Villas", la CTC Provincial y su grupo de jubilados y pensionados así como la Asociación de Pedagogos de Cuba en la provincia, lo cual denota el interés que se le otorga a los adultos mayores de la región (Noriega, López y Soto, 2015).

La vejez es una condición social a pesar de las diferencias individuales o de grupo existente, los que han envejecido conforman un todo con unas propiedades comunes que ofrecen suficiente relevancia para constituirse como un sector humano distinto al de otras edades.

La sociedad y el individuo requieren aprender a envejecer lo que representa cambiar la percepción cultural del adulto mayor, aceptar sus limitaciones biológicas y potenciar la experiencia de vida. Lo fundamental es que el ser humano cambie su perspectiva de la vida y entonces ¨aprenda a vivir¨, para disfrutar de un envejecimiento sano y satisfactorio.

Según Orosa (2003), la atención al adulto mayor desde la ciencia psicológica constituye un reto que debe ser orientado con mayor fuerza en trascender la mirada salubrista de la adultez mayor hacia una perspectiva más global. Por lo que resulta impostergable profundizar en las características de la tercera edad como etapa del desarrollo humano.

1.2.- Particularidades físicas, psicológicas y sociales en la adultez mayor.

El adulto mayor es portador de regularidades propias de una etapa del desarrollo humano, así como de una serie de limitaciones, aunque es importante considerar que no está exento de potencialidades creativas y necesidades emocionales. Para la Gerontología, la vejez reviste características especiales que implica tres aspectos importantes a considerar: cambios biológicos, sociales y psicológicos (Febles, 2004; Sánchez, 2004; Madrid y Garcés, 2009; Pujol, Abellán y Ramiro, 2014).

Diversos autores hacen referencia a características, eventos normativos o paranormativos propios de la vejez como la jubilación, el desamparo familiar o el desgaste biológico que en general constituyen elementos comunes a esta etapa del desarrollo pero que no son formaciones psicológicas particulares (Febles, 2004; García, 2008; Noriega, López y Soto, 2015). Con el paso de los años, los roles se modifican y la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de los cuales ha desempeñado durante toda su vida. Esta nueva situación conlleva una serie de cambios sociales y psicológicos en el individuo.

Al asumir estas consideraciones se ignora el desarrollo personológico precedente del individuo. El adulto mayor enfrenta una situación social de diferente; la tercera edad constituye una etapa del desarrollo individual, con características propias y determinada por influencias sociales, culturales, familiares e individuales, en la cual, surgen también nuevas formaciones psicológicas (Orosa, 2003).

La necesidad de autotrascendencia constituye una preocupación para el adulto mayor, que se refiere al legado espiritual, vivencial y emocional que toda persona desea dejar en aquellos que le rodean. Del mismo modo, la necesidad de comunicación valora el gran caudal de experiencias acumuladas por las personas de este grupo etáreo que desean y necesitan compartir con los demás, especialmente con la familia, amigos y coetáneos (Noriega, López y Soto, 2015).

En la tercera edad estas necesidades se generalizan a la comunicación con el otro por su necesidad de ser tenido en cuenta; en este sentido se observan distintas maneras de insertarse en espacios de intercambio lo que está condicionado por múltiples factores de tipo social, familiar e individual. En algunos estas necesidades se buscan en los espacios de intercambio y expresión o en la actividad de recreación u organización del tiempo libre (Noriega, López y Soto, 2015). Esta necesidad también se expresa en la relación con los

hijos y nietos, pero siempre está latente la necesidad de interacción y de transmisión de experiencias.

La familia se mantiene como cimiento del bienestar físico y espiritual para los miembros de edad avanzada. Se conoce que la forma y el significado de las relaciones familiares varían de una sociedad a otra de acuerdo con los antecedentes culturales, sociales y económicos. Sin embargo, es fundamental la asistencia, comunicación y prestación de servicios entre las generaciones. La comunicación con los hijos, el cónyuge y los diferentes matices de afectividad demostrada al anciano en forma positiva o negativa poseen gran significación (Orosa, 2003; Noriega, López y Soto, 2015).

Los problemas del envejecimiento o muchas de las preocupaciones asociadas al mismo se relacionan con la disminución progresiva de la capacidad funcional orgánica y el deterioro gradual (físico y cognitivo) que se producen al aumentar los años de vida (Orosa, 2003), asociados a las modificaciones del sistema nervioso que traen consigo cambios en la esfera afectiva relacionados con la concientización del declive, lo que influye negativamente en las formaciones motivacionales compleja (autoestima, concepción del mundo, autovaloración, entre otras) (García 2008).

Según García (2008) las "pérdidas" pueden ser compensadas por la llamada "estrategia psíquica" del anciano, pues ciertamente, aunque aparecen limitaciones en su capacidad para adaptarse a novedades, puede desarrollar otras para aplicar la experiencia acumulada e integrarla a las demandas nuevas que se le presentan.

Es conocido entonces que, para todos los seres humanos, sea cual sea su edad, revierte gran interés conocer qué habilidades conservarán durante el envejecimiento, cuáles se perderán y cuáles son las alternativas para estimular aquellas que se poseen para desarrollarlas como potencialidades.

Los cambios biológicos se observan fundamentalmente en el deterioro del aspecto físico, la disminución de la agudeza de las funciones sensoriales, en las estructuras, en lo fisiológico, lo bioquímico en el sistema nerviosos central, la disminución de la actividad metabólica, en las funciones respiratorias, cardiovasculares, digestivas, endocrinas, en el aparato osteoarticular y la disminución de la respuesta del aparato inmunodefensivo (Moure, 2011).

Los cambios sociales se aprecian sobre todo en la metamorfosis de la estructura familiar, en esta etapa se produce el fenómeno del nido vacío. Los hijos se marchan del hogar y, por tal motivo, queda la pareja, la madre o el padre, según sea el caso, viviendo solos (Noriega, López y Soto, 2015).

La jubilación coincide con el comienzo de la adultez mayor, por lo tanto, la persona se ve obligada a enfrentar las consecuencias de esta como un proceso social. En la mayoría de los casos trae consigo una disminución del ingreso económico, donde el dinero recibido alcanza sólo para subsistir. Abandonar el trabajo, implica para el adulto mayor la pérdida de su identidad y de un rol en la sociedad (Madrid y Garcés, 2009).

El deterioro de la salud y la consiguiente pérdida de la autonomía limitan la vida social del adulto mayor. En dependencia de la calidad de vida mantenida en etapas anteriores y con el transcurso de los años aparece gradualmente el riesgo de enfermar, presentar dificultades funcionales de tipo motor y sensorial, fatiga y pérdida de la agilidad (Noriega, López y Soto, 2015).

En esta etapa de la vida aumenta considerablemente la posibilidad de pérdidas de redes de apoyo social y seres queridos. La viudez es de difícil superación, pese al mecanismo adaptativo de la persona para superar el dolor e impacto psicológico, se identifica como neoformaciones psicológicas la elaboración de duelos y la representación de la muerte. En ese sentido la elaboración de duelos incluye la pérdida de su propio rol social, y la despedida de su familia de origen (Bazo y Domínguez, 2010). Se comienza a asistir a los funerales de los hermanos, cónyuge, cuñados, amigos, compañeros de trabajo y a pensarse en la inminencia de su propia muerte.

La pérdida de estos con la llegada del retiro laboral, producen sentimientos de soledad y aislamiento, no sólo en el ámbito físico por la falta de compañía de otros sino por la vivencia de una soledad existencial de no sentirse tomado en cuenta (Bazo y Domínguez, 2010).

El desconocimiento y la existencia de prejuicios o estereotipos negativos sobre la tercera edad es la base de la inadaptación a esta etapa evolutiva y a la que puede sobrevenir (García, 2008). Por ende, es de suma importancia que conozcamos las características del proceso de envejecimiento, los cambios que aparecen, los declives y pérdidas, pero también las ganancias, las potencialidades, para adoptar estilos de vida adecuados y asumir actitudes

positivas y desprejuiciadas sobre etapas de la vida a la que todos en algún momento arribamos.

1.2.1.- Características del Adulto Mayor Centenario.

Los estudios internacionales acerca de la extrema longevidad se inician hace más de 40 años con las investigaciones sobre los factores protectores de una larga vida. Los primeros estudios, con un alcance descriptivo para muestras pequeñas de personas centenarias, se centraron en la presencia de algunas enfermedades y hábitos de salud. En las dos últimas décadas, asciende la literatura científica sobre la extrema longevidad humana con estudios sistemáticos y muestras representativas, en la búsqueda de poner a prueba distintas hipótesis multidisciplinarias sobre la longevidad humana, la mayoría desde la perspectiva biológica y solo algunas de ellas, interesadas en la perspectiva psicosocial (Córdoba y Pinazo, 2014).

El quehacer investigativo, en este período, profundiza en la prevalencia de enfermedades demenciales en centenarios, y aunque los resultados no son concluyentes, se estima que entre el 0 y el 50% de estos llegan a padecerla (Beregi & Klinger, 1989; Perls, 2004; Calvert, Hollander, Kaye, & Leahy, 2006; Poon et al., 2012). Sin embargo, Bonafe, Valensin, De Luca, Carotenuto & Franceschi (2000) y Richmond, Law & Kay, (2011) sustentan que el 30% llegan a sus 100 años con un estado cognoscitivo adecuado.

Otros autores afirman que aproximadamente del 30 al 50% de los centenarios presentan un estado biomédico, funcional y psicológico relativamente favorable, a pesar de su edad avanzada, difieren dentro de sí y con otros grupos en sus características sociodemográficas, socioeconómicas, estilo de vida y perfiles de salud (Cho, Martin, Margrett, Macdonald & Poon, 2011; Li et al., 2011; Szewieczek et al., 2011).

Estudios de gerontología experimental y clínica demuestran que los diferentes sistemas fisiológicos sufren con el pasar de los años numerosos cambios (Alonso y De la Fuente, 2011). La pérdida de la eficiencia de los sistemas produce desgaste en la capacidad de mantener estable el medio interno del individuo frente a las perturbaciones del ambiente (pérdida de homeostasis). La fuerza y elasticidad en el sistema músculo-esquelético se deterioran, se produce un descenso de la filtración de los riñones, de la ventilación de los pulmones y del flujo máximo sanguíneo. Aumenta la intolerancia a la glucosa, la pérdida de

visión, audición, memoria, coordinación motora y otras funciones fisiológicas de importancia.

La mayoría de los órganos vitales sufren fenómenos de atrofia o degeneración, estos sucesos poseen mayor notoriedad en aquellos órganos compuestos por células post-mitóticas como las neuronas, células miocárdicas, musculares o las del parénquima renal (Martin, Kliegel, Rott, Poon & Johnson, 2008; Von, Ebbing, Imhof, Giannakopoulos & Kovari, 2010; Basile et al., 2011).

Distintas investigaciones correlacionan la supervivencia excepcional y la longevidad satisfactoria con características sociodemográficas (género, etnia, lugar de residencia, educación, situación económica, acceso a los cuidados de salud), psicológicas y sociales (tipo de personalidad, habilidades y participación en redes sociales), estado de salud (morbilidad, desempeño físico, hábitos tóxicos), marcadores genéticos, inmunológicos y de estrés oxidativo (Franceschi & Bonaf, 2003; Martin, Rott, Hagberg & Morgan, 2015).

La variable género destaca como uno de los factores de longevidad más importantes entre las características sociodemográficas que presentan los centenarios del mundo. En todos los estudios analizados se han encontrado mayor número de mujeres que hombres centenarios, excepto en Cerdeña (Italia) y en Uigur (China), donde los resultados muestran que la proporción de hombres es mayor. En referencia a esta variable, la mayoría de los estudios revelan que los centenarios masculinos son más propensos a mantenerse cognitivamente sanos que las mujeres (Martin et al., 2015).

Entre los estudios más notorios a nivel mundial se pueden mencionar los realizados en Okinawa (Willcox, Todoriki, Fujiyoshi, Yano & He 2007; Willcox, Todoriki, & Suzuki, 2009), donde el porcentaje de centenarios es mayor que en ningún otro sitio del mundo (33 individuos de 100 o más años, por cada 100.000 habitantes), en Nueva Inglaterra (Perls, Bochen, Freeman, Alpert, & Silver, 1999; Perls & Terry, 2003a, 2003b), Georgia (Cress et al., 2010; Randall et al., 2010; Hausman, Johnson, Davey & Poon, 2011), Dinamarca (Andersen, Schroll, & Jeune, 2001), Japón y China (Wang, Zeng, Jeune, y Vaupel, 1998; Chang, Bi, Hong, Yan & Jin, 2008; Ye et al., 2009; Zhou, Flaherty, Huang, Lu & Dong, 2010). Estos investigadores refutan la hipótesis que las personas de 100 años o más son dependientes, dementes, discapacitados o presentan algún grado de invalidez, al mismo

tiempo, testifican que los centenarios pueden realizar sus actividades instrumentales de la vida diaria como los quehaceres del hogar y el manejo de sus propios medicamentos, que son activos y gozan relativamente de una buena salud física y mental, además, de bajos niveles de tensión y buena capacidad de afrontamiento.

El Grupo Español para el Estudio de los Centenarios (2016) dirigido por el investigador Dr. José Viña en la Universidad de Valencia, al comparar centenarios, octogenarios y jóvenes, sostienen que la regulación de la expresión genética de los centenarios se asemeja más a los jóvenes que a la de los octogenarios. Los telómeros y la telomerasa cuya función principal es la estabilidad estructural de los cromosomas en las células eucariotas, la división celular y el tiempo de vida de las estirpes celulares; tienen una influencia positiva sobre el envejecimiento ya que aumentan la esperanza de vida; pues cuando existe sobreexpresión de telomerasa se ejerce un efecto neuroprotector (Serna et al., 2012).

El equipo ha identificado el mecanismo que explica por qué las mujeres viven más años que los hombres (Borrás et al., 2003), en estas los estrógenos tienen una función antioxidante que potencia la expresión de los genes de la longevidad (Borrás et al. ,2005).

Además, han estudiado las condiciones de vidas óptimas en las que se producen una serie de variaciones genéticas que disponen hacia la longevidad. Estas variaciones se producen en cinco genes (DACH1, LOC91948, BTB16, NFIL3 y HDAC4) cuya función es la regulación de la expresión génica que facilita la adaptación a los cambios producidos en el ambiente (Gambini et al., 2015). Recientemente, con el análisis del perfil lipidómico de plasma de tres cohortes (centenarios, sexagenarios y adultos jóvenes) se reconoce que determinadas especies de lípidos, concretamente las ceramidas, están relacionadas con la respuesta celular de estrés y responden como biomarcadores de la longevidad extrema (Jové et al., 2016).

Córdoba y Pinazo (2015) sostienen que las diferentes trayectorias vitales de los centenarios ofrecen múltiples factores de causalidad de la longevidad; para su bienestar pueden ser fundamentales un estilo de afrontamiento centrado en los problemas, una perspectiva optimista ante la vida, la calidad y cantidad de apoyo social continuo recibido y la fortaleza personal ante las adversidades.

Las dificultades que surgen en las investigaciones con centenarios son muchas. Lograr una participación directa en los estudios es un gran desafío para los investigadores ya que la validación de las edades de los longevos es relativamente reciente, debido al comienzo de los censos poblacionales en los distintos países del mundo.

Los centenarios son la expresión de una longevidad excepcional y para su comprensión se hacen necesarias valoraciones desde etapas previas. La implementación de Clínicas de Evaluación en edades extremas (nonagenarios-centenarios) desarrollaría un sin número de investigaciones en el campo de la longevidad y permitiría evaluar óptimamente las personas que transitan estas etapas.

Aun cuando las investigaciones demuestran las posibilidades y capacidades que presentan los centenarios, es indudable que el envejecimiento en ellos tiene particularidades excepcionales que precisan asistencia.

1.3.- El cuidador principal.

La presencia de cuidadores adultos mayores es un hecho actual, marcado por el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas así como al avance del envejecimiento poblacional y la aparición de personas nonagenarias y centenarias.

Según Findling y López (2015), este fenómeno se denomina como envejecimiento dentro del envejecimiento y evidencia como el cuidado se desarrolla de una tercera edad a la cuarta. Aunque este hecho supone un logro de las sociedades modernas, tiene la contrapartida de aumentar el número de ancianos que precisan ayuda en las actividades de la vida diaria y el incremento en la demanda de cuidados de larga duración que ello conlleva.

Investigaciones enfocadas hacia el perfil del cuidador reconocen que el ejercicio del rol principal es desempeñado por personas mayores de 60 años (Baster, 2011; De los Reyes, 2011; Serrana y Mihoff, 2013). Además, parece existir un consenso que atribuye a la familia la principal responsabilidad del cuidado (Kwak, Ingersoll & Kim, 2012).

Es poco frecuente que toda la familia comparta equitativamente la responsabilidad del cuidado tratando de trabajar en equipo (Félix et al., 2012). Dentro de los retos fundamentales que la familia debe asumir se encuentra la distribución y asignación de roles en el proceso de cuidado.

El proceso de toma de decisiones con relación a las funciones de cuidado y el perfil del cuidador se encuentra condicionado por patrones socioculturales y de género que determinan quien ejercerá el rol (Baster, 2011; De los Reyes, 2011; Serrana y Mihoff, 2013). En la mayoría de los casos la responsabilidad para realizar la tarea puede ser asumida por las mujeres como extensión de su rol maternal, por el familiar que viva con o cercano al adulto mayor así como la disposición de un trabajo flexible o no poseer ningún vínculo laboral (Rodríguez, 2016).

Los cuidados de ancianos por ancianos según Baster (2011), traen consigo una serie de complicaciones relacionadas con los cambios propios del envejecimiento en ambos. Conjuntamente a las enfermedades asociadas a esta etapa, aparece la necesidad del uso de ayudas técnicas y de recursos materiales que facilite los cuidados. Además, se suman los estereotipos distorsionados en los vecinos y en la comunidad hacia los mayores.

Las limitaciones son crecientes para las actividades instrumentadas y básicas de la vida diaria, pues, en la mayoría de los casos las viviendas tienen barreras arquitectónicas y no se cuenta con los ingresos económicos suficientes. Las dificultades se hacen presentes en el manejo de la prescripción médica, en la compra y elaboración de los alimentos o en el traslado a unidades asistenciales por carencia de transporte sanitario u otros medios (Baster, 2011).

El adulto mayor que ejerce el rol de cuidador principal se siente a menudo cansado, aislado y con agobio como consecuencia, no solo, de la carencia o ineficiencia de apoyo sino también de la información y preparación para asumir las funciones del cuidado. Al mismo tiempo experimenta una mayor limitación social, sufre con más frecuencia alteraciones en la relación interpersonal cuidador-familiar a partir de la carga emocional que implica la cercanía y la personalización de este proceso como reflejo de su propio futuro.

La experiencia como cuidador modifica de manera significativa la vida de la propia persona y del núcleo familiar al que pertenece, esta actividad va más allá de tener una tarea o responsabilidad por otra persona, lo que genera una forma de vida y relación diferente consigo mismo, con la persona cuidada y con la sociedad (López, Sánchez, Mengibar, Jiménez y Marchal, 2007).

Martínez (2015), declara que en ocasiones la función de cuidador principal es una decisión no consensuada de modo explícito por lo cual deviene en un rol y proceso con carácter intransferible.

Grau, Chacón y Reyes (2012), definen al cuidador principal como:

> (…) la persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir con responsabilidad el cuidado del paciente, por contar con posibilidades reales y disposición para su atención, poseer una buena relación afectiva con el enfermo, suficiente nivel escolar para comprender y transmitir la información e instrucciones así como capacidad para imprimirle seguridad y bienestar emocional en la mayor magnitud posible (p.39)

Sin embargo, esta definición describe a un cuidador ideal, obviando las condiciones reales que usualmente caracterizan a la persona que asume el rol y que puede poseer o no los recursos psicológicos y habilidades necesarias para realizar sus funciones, lo cual indica que no constituyen factores indispensables para su designación.

El cuidado de un individuo pese a las dificultades y la "dureza" de la situación se puede establecer como una experiencia satisfactoria para el cuidador (Rosell, 2016). En ocasiones los cuidadores descubren que poseen cualidades que hasta entonces no conocían y no son pocos los que manifiestan una "evolución" como persona a través de las situaciones asociadas al cuidado (Rodríguez, 2016).

Rosell (2016) señala que:

> (…) el cuidador principal se dedica de forma temporal o permanentemente al cuidado, custodia o protección de otra persona a la cual le falta o ha perdido autonomía física, psíquica o intelectual, y tiene necesidad de asistencia o ayuda para realizar actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los relacionados con el cuidado personal (p.5).

Durán (2016) expresa que cuando alguien se convierte en cuidador principal de un familiar su vida cambia a partir de la atención que demanda la situación de cuidado. Ello implica una modificación con respecto al tiempo que dedica el cuidador a sus actividades de ocio, a su vida íntima e incluso al cuidado de sí mismo. Las personas en calidad de cuidadores pueden sufrir cambios o conflictos de roles y sensación de pérdida de la vida marital, lo que desarrolla problemas en su armonía emocional.

En la mayoría de los casos, los cuidadores, dedican más de cinco horas a la asistencia del familiar necesitado. Según Espín (2010), las tareas de los cuidadores se prolongan a lo largo del tiempo, convirtiéndose en una actividad intensa y constante.

La incertidumbre acerca del futuro puede generar múltiples miedos y preocupaciones en los cuidadores, llegando a experimentar temor, ansiedad, estrés o sensación de carga rigurosa (Fernández, Montorio & Diaz, 2014).

Por ende, es tarea de todos impedir que el adulto mayor que asume la función de cuidador principal llegue a ser una persona que no trasciende la inmediatez de la cotidianidad. El adulto mayor debe poseer motivaciones estables sin jerarquías rígidas, que se movilicen en pos de lograr sus metas o aspiraciones, sin ausencia de una planificación de la vida que supere lo establecido en su día a día.

1.4.- La sobrecarga desde la dimensión emocional. Ansiedad y depresión.

El cuidado del adulto mayor centenario, es un proceso relativamente largo, con fuertes repercusiones psicológicas que implica un cambio significativo en la forma de vida del cuidador, quien llega a vivenciar emociones negativas como la depresión y la ansiedad generadas por la carga. Un control adecuado de estas emociones favorece un mejor desempeño de sus funciones así como una relación vivencial positiva con el adulto mayor centenario (Espinoza y Jofre, 2012).

Según Zarit (1982) la provisión del cuidado es conceptualizada con el término de "carga" o "sobrecarga" y se utiliza para caracterizar las frecuentes tensiones o demandas sobre los cuidadores, reconociéndose como "un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor que amenaza la salud física y mental de la persona que lo provee".

La carga del cuidador engloba múltiples dimensiones, que aglutina varias definiciones, por lo que se ubica como un concepto multidimensional con un carácter multifactorial. La sobrecarga del cuidador involucra: el aislamiento social, sobrecarga de actividades tanto en el hogar como fuera de ella, alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados, la idea de ser "responsables" exclusivos de su familiar, dificultades financieras, abandono de empleo por parte del cuidador, entre otras (Espinoza y Jofre, 2012). Este rol de cuidador "responsable" dentro del núcleo familiar es asumido con mayor preponderancia por alguno de los miembros de la red

sociofamiliar, siendo identificado como el "cuidador principal" tanto por el centenario como por la propia persona que cuida, ya que suele ser quien coordina las acciones de organización y gestión del cuidado.

El impacto que la sobrecarga tiene en la vida del cuidador viene determinado por su propia percepción y no por la percepción de otros familiares (Saiz, Bordallo y García, 2012). Frecuentemente los cuidadores principales son considerados como las segundas víctimas o pacientes ocultos debido a la carga que soportan como consecuencia de su labor y el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar (Muela, Torres y Peláez, 2002; Van Durme, Macq, Jeanmart & Gobert, 2012).

Estos problemas se encuentran determinados por los lazos afectivos existentes entre el cuidador principal y la persona que se cuida a partir del grado de compromiso y responsabilidad que asume, para con el cuidado y salud de su familiar. Las acciones de cuidado demandan determinadas particularidades al familiar a cargo como: las posibilidades reales para realizar el cuidado (proximidad, condiciones físicas), relación afectiva con el paciente, habilidad para inspirar seguridad y confianza, capacidad intelectual, sentido de responsabilidad, adecuada salud mental, actitudes para el apoyo que no incurran en sobreprotección ni paternalismos extremos (Moure, 2011a).

Este padecimiento se produce por un estrés continuo de tipo crónico a partir de las tareas monótonas y repetitivas, con sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor, y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador (Goode, Haley y Roth, 1998).

Distintos autores dividen la sobrecarga en dos componentes: objetivos y subjetivos (Salazar y Andrea, 2012; Crespo y López, 2014).

Los componentes objetivos están relacionados con la dedicación al desempeño del rol de cuidador e implica las repercusiones concretas sobre la vida del cuidador. Engloba indicadores tales como el tiempo de cuidado, las tareas realizadas, el impacto del cuidado en el ámbito laboral, las limitaciones en la vida social y las restricciones en el tiempo libre (Salazar y Andrea, 2012; Crespo y López, 2014).

Los componentes subjetivos se asocian con la percepción del impacto del cuidado por parte del cuidador. Señala la referencia a las actitudes y a la reacción

emocional del cuidador ante el desarrollo del cuidado (ansiedad y depresión) (Salazar y Andrea, 2012; Crespo y López, 2014).

Los cuidadores realizan valoraciones generales de la situación de cuidado, aprecian las contribuciones de los diferentes estresores y los recursos de los que disponen, de forma individual esta valoración constituye un fuerte predictor de la estabilidad o del abandono del cuidado (Zarit, Reever & Bach, 1982).

En este sentido, cuando los recursos son evaluados como adecuados, es probable que el cuidador no presente sentimientos excesivos de tensión o cambios negativos en su bienestar físico y emocional. Por el contrario, cuando los recursos son excedidos por las demandas, la situación puede conllevar a una crisis que incrementa la probabilidad de experimentar carga y altos costes personales.

Zarit, Reever & Bach (1982) indica que si bien la evaluación de cada estresor o recurso permite estimar las contribuciones de cada área a la carga del cuidador, la valoración subjetiva permitiría obtener una evaluación general que indique de forma más adecuada la capacidad actual del cuidador para manejar la situación y seguir manteniendo su rol. La carga sería similar a un proceso de valoración secundaria que se contempla en el modelo del proceso de estrés de Lazarus y Folkman, por lo que los cuidadores experimentarían carga si perciben que las demandas de la situación exceden sus recursos (Martínez, 1986).

En investigaciones precedentes se ha expuesto como resultado que determinadas variables influyen en el aumento de la sobrecarga en los cuidadores. La edad se toma como referencia por aquellas particularidades propias de la etapa por la que transita el cuidador; el género por el papel que desempeñan las féminas en el núcleo familiar en mayor proporción que los hombres y el estado civil, ya que se considera que los cuidadores solteros tienden a presentar mayor cansancio emocional (Bayés, 2009; Espinoza y Jofre, 2012; Aguilera, Castrillo et al., 2016).

La sobrecarga para Lledós, Aller y Calvo (2002) incluye desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas cuidadas, desmotivación, depresión, angustia, trastornos psicosomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia

en resolver los problemas reales y agobio continuado con sentimientos de ser rebasado por la situación.

Muchos estudios demuestran que existe una relación positiva entre la sobrecarga del cuidador y los resultados de una medición de depresión. Los hallazgos indican que los cuidadores más sobrecargados también son los que tienen mayor riesgo de desarrollar sintomatología afectiva (ansiedad depresión), por lo que se puede afirmar que la depresión y la ansiedad se correlacionan significativamente con la sobrecarga (Singer, Bachner, Shvartzman & Carmel, 2005; Durán, 2016)

Los síntomas de la depresión y de ansiedad son difíciles de separar, pues muchas veces coexisten, se concomitan y otras tienen una relación temporal. La ansiedad se identifica como el sentimiento de marcado desagrado o inconformidad, generalmente de causa desconocida por el cuidador, que se acompaña de ligera excitación motora (pequeños movimientos repetitivos, ligero temblor) y de inestabilidad o violentas reacciones vegetativas (enrojecimiento o palidez en la cara, escalofríos y micciones frecuentes (Grau, Martin y Portero, 1993; Moure, 2011b).

Según Grau, Martin y Portero (1993), es necesario categorizar las diferentes formas de la ansiedad en tres expresiones fundamentales: ansiedad como rasgo, ansiedad situacional y ansiedad patológica.

La ansiedad como rasgo, personal o peculiar se pone de manifiesto como una característica estable y al mismo tiempo dinámica de la personalidad que da una idea de la predisposición a la percepción de un amplio círculo de situaciones como amenazantes y a la reacción ante ellas con un estado de ansiedad que se activa en un momento determinado de diferentes niveles de expresión. Se revela ante todo como disposición. Depende no tanto de las características de las situaciones desfavorables, estresantes como de las particularidades de la percepción de la esfera motivacional- emocional de la personalidad individual.

Entre las expresiones de ansiedad como rasgo y la ansiedad situacional se dan interesantes relaciones, de un lado la primera puede condicionar a la segunda y esa a su vez como un estado psíquico reiterado influye en la relación de la ansiedad rasgos, sobre todo en las etapas de formación y desarrollo de la personalidad.

La ansiedad situacional, es definida por Grau, Martin y Portero (1983), como un estado reactivo transitorio que surge ante condiciones específicas no habituales, depende directamente de la valoración que el individuo hace de la situación concreta percibida como amenazante y se caracteriza por la percepción intensa e inestable de los propios problemas y las vivencias, por cierta unilateralidad de las manifestaciones psicológicas, con ausencia de alteraciones estables de los procesos psíquicos y la esfera motivacional.

Esa manifestación de ansiedad no tiene un verdadero carácter patológico y no necesariamente conduce a una desorganización de la actividad ya que depende de la fuerza del agente que adquiera para el cuidador. La ansiedad situacional puede acompañarse de una serie de síntomas y manifestaciones neurovegetativas pero predominan los componentes psicológicos: irritabilidad, desconfianza e inseguridad.

Grau, Martin y Portero (1983) plantea que la ansiedad patológica, aparece generalmente como un síndrome y se desarrolla a partir de una desestabilización y generalización de los estados de intensa tensión emocional que adquiere un carácter particularmente desintegrador y perturbador de los estados psíquicos y la conducta. De esta forma se considera como un estado afectivo desagradable, negativamente matizado, inestable, en la que se estructuran como componentes psicológicos principales, el miedo indeterminado y la expectación de un peligro eminente.

Este tipo de ansiedad genera variedad de manifestaciones neurovegetativas, como taquicardia disnea, mareos o náuseas, hipermotibilidad intestinal, vómitos, cambios en la presión arterial, disfunciones sexuales, desmayos, cefaleas, temblores musculares y variados trastornos del sueño.

De acuerdo con Villagrán (1996) el estado de ánimo es la tendencia básica del ser humano para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable. Evidentemente en la depresión, el estado de ánimo está asociado al polo desagradable, a la tendencia a la negatividad. La depresión se entiende como un trastorno del estado de ánimo, que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos. La mayoría de los autores comparten la idea de que la depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo, se conoce principalmente como una bajada del estado de ánimo, pero estar desanimado no es suficiente para afirmar que se está deprimido (Grau,

Chacón y Reyes, 2012). Precisamente, el estado de ánimo deprimido no debe ser el único criterio a tener en cuenta para diagnosticar depresión.

Los síntomas varían de un paciente al otro, en dependencia del nivel de depresión, pero en general entre la sintomatología clínica se registra la distimia, un pensamiento inhibido o enlentecido, trastornos amnésicos, autoestima baja con sentimiento de incapacidad, dificultades en la concentración del pensamiento y/o atención, percepción distorsionada y negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

El impacto emocional en la esfera psíquica que se genera en los cuidadores principales, dado por las afectaciones que provoca la situación de cuidado conlleva en muchos de los casos a la vivencia de estados emocionales negativos. Los estudios de corte psicológico analizados a lo largo de la presente investigación; reconocen que entre todas las posibles variables que pueden afectar al proceso de cuidado, es la prevalencia de cuadros depresivos y ansiosos y la presencia de sobrecarga sobre los cuales se ha de prestar mayor atención.

2.1.- Paradigma de Investigación.

La elección metodológica y su coherencia determinan la fiabilidad de una investigación. Para el desarrollo del presente estudio se utilizó el enfoque cuantitativo, el cual tiene como principales metas describir, explicar y predecir los fenómenos para generar y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La investigación cuantitativa brinda la posibilidad de réplica, facilita la comparación entre estudios similares y permite generalizar resultados. El investigador debe evitar que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan o sesguen, los resultados del estudio o interfieran en los procesos. Los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados de ninguna forma (Hernández et al., 2014).

2.1.1.- Alcance de la investigación.

Visualizar el alcance de la investigación permite establecer sus límites conceptuales y metodológicos siendo necesario especificar el inicio y estimar tentativamente el alcance final del estudio (Hernández et al., 2014).

La presente investigación posee un alcance exploratorio-descriptivo. Los estudios exploratorios se realizan con el objetivo de examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no existen precedentes (Hernández et al., 2014). Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández et al., 2014).

Así como los estudios exploratorios sirven fundamentalmente para descubrir y prefigurar, los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación (Hernández et al., 2014).

2.1.2.- Diseño de Investigación.

Se emplea para el estudio un diseño no experimental, el cual permite analizar y observar los fenómenos tal y como ocurren en su contexto natural sin la manipulación de variables (Hernández et al., 2014).

El tipo de diseño utilizado es el transeccional o transversal. Este tipo de diseño recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Además, brinda la posibilidad

de abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos (Hernández et al., 2014).

2.2.- Selección y descripción de la muestra.

Para la selección de la muestra se define como unidad de análisis de la investigación a los cuidadores.

Una vez definida la unidad de muestreo/análisis se delimita la población estudiada sobre la cual se pretende generalizar los resultados. La población comprende a todos aquellos cuidadores principales de adultos mayores centenarios ubicados en el municipio de Santa Clara. Según los datos de la Dirección Municipal de Salud Pública en el Registro de Centenarios del municipio de Santa Clara durante el período de febrero a mayo del 2017 se declaran 57 adultos mayores centenarios.

Según Hernández et al. (2014) un estudio no será mejor por una mayor población; la calidad de un trabajo investigativo estriba en delimitar claramente la población con base en el planteamiento del problema. Las poblaciones deben situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo.

La muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, al ser definidos y delimitarse de antemano con precisión, logrando la representatividad de la población (Hernández et al., 2014).

En la investigación la muestra fue seleccionada a partir de un muestreo no probabilístico o dirigido. Este tipo de muestra es conveniente pues la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández et al., 2014).

Para la selección muestral se determinaron como criterios:

Criterios de inclusión

- Cuidador principal del adulto mayor centenario del municipio de Santa Clara.
- Cuidador principal del adulto mayor centenario que desee participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Cuidador principal del adulto mayor centenario que reciba remuneración económica.

- Tiempo de cuidado menor de un año.

Criterios de salida

- Cuidadores que decidan abandonar la investigación.
- Cuidador principal del adulto mayor centenario que no ofrezca el consentimiento informado.
- Cuidador principal que durante la investigación le fallezca el adulto mayor centenario.
- Dirección particular del adulto mayor centenario no encontrada.

Asumiendo que la cantidad de cuidadores principales coincidan con el número de adultos mayores centenarios en el período previsto para la investigación, la población comprende 57 cuidadores principales registrados en el municipio de Santa Clara.

Al tener en cuenta los criterios para definir la muestra se excluyeron a 2 sujetos por recibir remuneración económica al ejercer la función de cuidado. Además, se les dio salida a 4 sujetos por no ofrecer su consentimiento informado, 11 a causa del fallecimiento del adulto mayor centenario y 10 por no ser encontradas las direcciones particulares de los adultos mayores centenarios.

La muestra quedó conformada finalmente por 30 cuidadores principales de adultos mayores centenarios en el municipio de Santa Clara.

2.3.- Definición y operacionalización de variables.

2.3.1.- Definición conceptual de variables.

- *Variables sociodemográficas:* para darle respuesta a los objetivos planteados se tomaron en cuenta para el análisis las variables edad, género, raza, procedencia, nivel escolar, estado civil, ocupación laboral, enfermedades que padece, factores asociados al rol de cuidador como: años en el ejercicio del rol, tipo de funciones, frecuencia y apoyo social.
- *Cuidador principal:* persona que se dedica de forma temporal o permanentemente al cuidado, custodia o protección de otra persona a la cual le falta o ha perdido autonomía física, psíquica o intelectual, y tiene necesidad de asistencia o ayuda para realizar actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los relacionados con el cuidado personal (Rosell, 2016, p. 5).
- *Ansiedad:* Sentimiento de marcado desagrado o inconformidad, generalmente de causa desconocida, que se acompaña de ligera excitación motora

(pequeños movimientos repetitivos, ligero temblor, lenguaje entrecortado) y de inestable o violentas reacciones vegetativas (enrojecimiento o palidez de la cara, escalofríos, erizamiento del pelo, peristaltismo intestinal exagerado, micciones frecuentes, entre otros.) (Grau et al., 1983).

Existen dos dimensiones básicas de expresión:

Ansiedad Rasgo (personal): característica relativamente estable y al mismo tiempo dinámica que da la idea de la predisposición del individuo a la percepción de un amplio círculo de situaciones amenazantes y a reaccionar ante ellas con estados de ansiedad que se activan en un momento determinado, de diferentes niveles de expresión, revelándose ante todo como disposición, como una propiedad individual de la personalidad, ella depende no tanto de las características o situaciones desfavorables estresantes, como de la esfera motivacional de la personalidad.

Cabe discriminar las dos formas fundamentales de ansiedad-estado (Grau et al., 1993):

Ansiedad Estado (situacional): estado reactivo temporal (transitorio), que surge ante condiciones específicas no habituales de gran significación. Depende directamente de la valoración del individuo y de la situación concreta percibida como amenazante. Se caracteriza por percepciones intensas, pero no estables de los problemas y vivencias propias, por cierta unilateralidad de la manifestación psicofisiológica, por una ausencia de alteraciones estables de los procesos psíquicos y de la esfera motivacional.

Ansiedad Estado (patológica): aparece generalmente como un síndrome y se desarrolla a partir de una estabilización y generalización de los estados de intensa tensión emocional que adquiere un carácter particularmente desintegrador y perturbador de los procesos psíquicos y la conducta. Es considerado como un estado afectivo desagradable negativamente matizado, más o menos estable, de compleja estructura, donde entran como componentes psicológicos rectores el miedo indeterminado y la expectación de un peligro inminente.

- *Depresión:* constituye un trastorno afectivo en el que se presenta un estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, de culpa, inutilidad y desamparo, inquietud, irritabilidad, abatimiento, preocupación, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que el individuo

disfrutaba antes, incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones. Pueden aflorar pensamientos de muerte o suicidio, así como intentos de suicidio, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos. (Molerio, 2004).

Se distinguen para la depresión 5 ejes fundamentales, para establecer un diagnóstico (Casullo, 1998).

1. Síntomas anímicos, donde predomina la tristeza y la afectación del estado emocional.
2. Síntomas motivacionales, donde es común encontrar la desesperanza y la pérdida del interés por las cosas.
3. Síntomas cognoscitivos; aquí se destacan los cambios en la memoria, la estabilidad tensional y el retraimiento al tener que reflexionar.
4. Síntomas físicos; en este indicador se incluyen variados síntomas, que van desde disminución de las necesidades sexuales y el apetito hasta dolores de espalda y cambios en la expresión del rostro.
5. Síntomas vinculares; aquí son reconocidos los cambios de la conducta social del paciente deprimido, que generalmente se retrae y tiende a aislarse.

- *Sobrecarga:* estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor que amenaza la salud física y mental de la persona que lo provee (Zarit, Reever & Bach, 1982).

2.3.2.- Operacionalización de las variables.

Tabla 1: Operacionalización de las variables.

Variable	Medidas	Instrumentos
Variables sociodemográficas	Edad, género, raza, procedencia, nivel escolar, estado civil, ocupación laboral, enfermedades que padece, factores asociados al rol de cuidador como: años en el ejercicio del rol, tipo de funciones, frecuencia, apoyo social.	Cuestionario
Ansiedad	Ansiedad rasgo Ansiedad estado (situacional-patológica) Bajo: < 30 puntos Media: 30-43 puntos Alto: ≥ 44 puntos	Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE)
Depresión	Depresión rasgo Bajo: ≤ 34 puntos Medio: 35-43 puntos Alto: > 43 puntos Depresión estado Bajo: ≤ 35 puntos Medio: 36-47 puntos Alto: > 47 puntos	Inventario de Depresión rasgo-estado (IDERE)
Sobrecarga	Sobrecarga Objetiva Sobrecarga Subjetiva No sobrecarga: ≤ 46 puntos. Sobrecarga leve: 47-55 puntos. Sobrecarga intensa: ≥ 56 puntos.	Escala de Zarit

Fuente: Técnicas empleadas.

2.4- Descripción de técnicas y métodos utilizados.

En correspondencia con los objetivos de la investigación se emplea un sistema de técnicas integrado por:

- Cuestionario de variables sociodemográficas.
- Inventario de ansiedad Rasgo – Estado (IDARE).
- Inventario de depresión Rasgo – Estado (IDERE).

- Escala de Zarit.

Cuestionario:

Objetivo: Explorar variables sociodemográficas en la muestra de estudio.

Descripción: Instrumento que recoge de manera organizada los indicadores de las variables implicadas como objeto de estudio. Se caracteriza por preguntas cerradas y abiertas claras, precisas y comprensibles, evitando términos ambiguos y formulados en un vocabulario simple.

Procedimiento: Las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo, además, el investigador se asegurará de que el sujeto haya comprendido estas, pues de ello depende la validez de los datos (Anexo 2).

Calificación: Procesamiento de datos en frecuencias descriptivas mediante el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22.0 para *Windows.*

Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE).

Objetivo: Evaluar la ansiedad rasgo-estado en la muestra.

Descripción: Esta técnica es la versión corta cubana elaborada por Marta Martin, Ricardo Grau y Jorge A. Grau en 1989, la cual constituye una prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de la ansiedad: la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado.

Esta prueba consiste en un total de 40 expresiones que los sujetos usan para describirse, 20 preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y 20, la ansiedad como rasgo (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Procedimiento: Las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo de ambas escalas, no obstante, el experimentador se cerciorará de que el sujeto haya comprendido cabalmente las mismas, pues de ello depende la validez de los datos. El investigador dirigirá la atención del sujeto hacia la distinción entre las instrucciones para las dos partes del inventario. Se reitera al examinado la instrucción de ahora mismo, en estos momentos, para la escala ansiedad-estado y de habitualmente o generalmente para la escala ansiedad-rasgo, teniendo cuidado de no influir en las respuestas del sujeto con comentarios o al responder alguna duda que este pudiera tener, además se vigila

cuidadosamente que el examinado no omita ningún ítem. Para responder a las escalas el sujeto debe vincular el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada una de las expresiones del protocolo (Anexo 3).

Calificación: La dispersión de las posibles puntuaciones a obtener en cada una de las escalas varía desde una puntuación mínima de 20 hasta un máximo de 80. La calificación cuantitativa de la prueba se realiza teniendo en cuenta cuáles son los reactivos directos (+) e invertidos (-) para cada una de las escalas. Como reactivo directo se considera aquel que indica un alto nivel de ansiedad de forma directa.

Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad - estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para obtener la puntuación del sujeto en cada una de las escalas se utilizaron los parámetros siguientes:

Ansiedad-estado:

$$\sum RP - \sum RN + 50 = AE$$

Ansiedad-rasgo:

$\sum$RP - $\sum$RN + 35 = AR

RP- Reactivos positivos.

RN-Reactivos negativos

Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDERE)

Objetivo: Evaluar la depresión rasgo-estado en la muestra.

Descripción: Esta técnica es la versión corta cubana elaborada por Martin, Grau, R. y Grau, J.A.(1989), la cual constituye una prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de la depresión: la depresión como rasgo y la depresión como estado.

Esta prueba contiene un total de 42 expresiones que los sujetos usan para describirse, 20 preguntas miden la depresión como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y 22, la depresión como rasgo (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Procedimiento: Las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo de ambas escalas, no obstante el experimentador se cerciorará de que el sujeto haya comprendido cabalmente las mismas, pues de ello depende la validez de los datos, para ello dirigirá la atención del sujeto hacia el hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario, y se recalca al examinado la instrucción de ahora mismo, en estos momentos, para la escala depresión-estado y de habitualmente para la escala depresión-rasgo, teniendo mucho cuidado de no influir en las respuestas del sujeto con comentarios o al responder alguna duda que este pudiera tener, además se vigila cuidadosamente que el examinado no omita ningún ítem. Para responder a las escalas el sujeto debe vincular el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada una de las expresiones del protocolo (Anexo 4).

Calificación:

Depresión como estado

1+ 2+6+8+9+10+13+15+18+20 = Total A

3+4+5+7+11+12+14+16+17+19 = Total B

(A – B) + 50 = DE

Depresión como rasgo

1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 = Total A

2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21 = Total B

(A – B) + 50 = DR

Escala de Zarit.

Objetivo: Evaluar el grado de sobrecarga en cuidadores.

Descripción: El Zarit Burden Inventory, conocido en nuestro medio como la Escala de Zarit, es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores. La versión original en inglés, que tiene *copyright* desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos.

Esta técnica al medir la sobrecarga de los cuidadores es fundamental para el cumplimiento del objetivo de la investigación. Además, es una escala corta, comprensible que facilita el trabajo con los cuidadores para la cual se dispone de poco tiempo (Anexo 5).

Procedimiento: Las instrucciones de la prueba se encuentran en la parte superior del protocolo y se le explica al sujeto la forma de responder a la escala. El investigador se asegurará de que el examinado no omita ningún ítem y que su respuesta se vincule con el número apropiado que se encuentra en la parte superior de las expresiones.

Calificación:

No sobrecarga: ≤ 46 puntos.

Sobrecarga leve: 47-55 puntos.

Sobrecarga intensa: ≥ 56 puntos.

2.5.- Procedimiento.

La investigación se desarrolló en el período de enero a mayo del 2017. Para su realización contó con varias etapas de trabajo (Tabla 2, página siguiente).

Tabla 2: Procedimiento de la investigación.

Etapas de la Investigación	**Pasos a seguir en la investigación.**
Exploración	-Preparación teórica sobre el tema a investigar -Revisión bibliográfica que aborde la problemática desde diferentes concepciones. -Formulación del problema de investigación, establecimiento de la estrategia investigativa y los objetivos que guían el estudio. -Preparación del diseño metodológico y definición de la metodología a emplear.
Planificación	-Selección de la muestra mediante un muestreo no probabilístico o dirigido. -El universo de la investigación quedó conformado por 57 cuidadores principales de adultos mayores centenarios del municipio de Santa Clara y la muestra por 30 cuidadores, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y salida de la investigación.
Ejecución	Ejecución del diseño trazado para la investigación. - Cuidadores principales de adultos mayores centenarios del municipio Santa Clara que cumplan los requisitos de la investigación, dispuestos a participar, se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 1) teniendo en cuenta los principios éticos establecidos. - Aplicación del cuestionario para describir las variables sociodemográficas en los cuidadores principales del adulto mayor centenario. - Aplicación de la Escala de Zarit para evaluar la sobrecarga experimentada por los cuidadores principales del adulto mayor centenario. - Aplicación del IDARE y el IDERE para determinar los niveles de la ansiedad (rasgo –estado) y la depresión (rasgo-estado) en la muestra.
Análisis de los resultados	Análisis y evaluación de los resultados obtenidos: - Se realizó un análisis cuantitativo de los datos obtenidos mediante la aplicaron de procedimientos estadísticos descriptivos. Se computarizaron y procesaron los datos mediante el paquete de programas estadísticos computacional SPSS, versión 22.0 Windows, los que fueron resumidos en tablas.

Fuente: Elaboración propia.

2.6.-Aspectos éticos de la investigación.

En el curso de la investigación se mantuvo el respeto a la individualidad y confidencialidad de los participantes. En un primer encuentro se explicaron el objetivo y alcance de la investigación y sus derechos ante ella. Una vez adquirido el consentimiento

informado se procedió a desarrollar el estudio cumpliendo con las normas establecidas, disciplina y manteniendo las pautas que exige tanto el contexto de investigación como las técnicas aplicadas.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22.0 para *Windows* como un sistema de programas computarizados que sintetiza el trabajo y ofrece mayor exactitud en los resultados. Al analizar e interpretar los datos obtenidos surgen nuevos planteamientos, que permiten arribar a conclusiones y recomendaciones, que posibilitarán la apertura de nuevas líneas de investigación.

3.1.- Presentación de las variables sociodemográficas.

Atendiendo al análisis estadístico de las variables sociodemográficas, tras la aplicación del Cuestionario a los cuidadores principales de adultos mayores centenarios en el municipio de Santa Clara, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 3, página siguiente).

Se evidencia un predominio del género femenino lo cual representa el 86,7% del total de la muestra con 26 mujeres, por encima del masculino que solo alcanza un 13,3% correspondiente a 4 hombres.

Con relación al color de piel, se identifica un mayor número de cuidadores de piel blanca, lo que representa el 86,7% del total de la muestra para 26 sujetos. Valores similares se muestran para aquellos de piel negra y mestiza en un 6,7%(2).

La variable edad oscila entre los 42 y 88 años. En el rango entre los 58 y los 73 años se evidencia la mayor cantidad de cuidadores para un 39,8% (12), semejante a los ubicados entre los 42 y 57 años que resulta coincidente con un 36,6%(11) mientras que los cuidadores ubicados en el rango de edad entre los 74 y 88 años constituyen el 23,3% (7).

La zona de residencia preponderante entre la muestra fue la urbana con un 93,3% (28), mientras que la rural y la suburbana se mantuvieron con valores similares 3,3%(1).

Con relación al nivel de escolaridad se evidencia un predominio del nivel secundario de escolarización con un 30%(9). Sin embargo, no se evidencian diferencias significativas entre los cuidadores que poseen un nivel medio superior con un 26,7%(8) y el técnico medio con un 23,3% (7). Solamente el 6,7%(2) del total de la muestra culminó sus estudios en el nivel primario.

La unión conyugal se evidencia como el estado civil con mayores valores en los cuidadores que representan un 36,7% (11) de los cuidadores, mientras que el 13,3%(4) son viudos.

Tabla 3: Variables sociodemográficas.

			Frecuencia	Porcentaje
Variables Sociodemográficas	Género	Femenino	26	86,7
		Masculino	4	13,3
	Color de piel	Negra	2	6,7
		Blanca	26	86,7
		Mestiza	2	6,7
	Edad	42-57 años	11	36,6
		58-73 años	12	39,8
		74-88 años	7	23,3
	Zona de residencia	Rural	1	3,3
		Urbana	28	93,3
		Suburbana	1	3,3
	Nivel escolar	Primaria	2	6,7
		Secundaria Básica	9	30
		Técnico medio	7	23,3
		Bachiller	8	26,7
		Universitario	4	13,3
	Estado civil	Soltero	8	26,7
		Casado	11	36,7
		Unión consensual	1	3,3
		Divorciado	6	20
		Viudo	4	13,3

Fuente: Cuestionario.

La cantidad de personas con las que convive el cuidador principal varía de uno a cinco miembros incluyendo al centenario a cargo de su cuidado. El 40% (12) de los cuidadores convive como mínimo con 2 personas, mientras que el 3,3%(1) lo hacen con al menos 5 miembros (Tabla 4).

Tabla 4: Cantidad de personas con quienes convive.

Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
1	4	13,3
2	12	40
3	9	30
4	4	13,3
5	1	3,3

Fuente: Cuestionario.

Dentro de la composición familiar se identifican como principales miembros a los hijos, esposos, hermanos, yernos, nueras, nietos y el adulto mayor centenario (Tabla 5).

Tabla 5: Personas con las que convive el cuidador principal.

Familiares	Porcentaje	Frecuencia
Hijos	60	18
Esposo	40	12
Hermanos	13,3	4
Sobrinos	0	0
Nietos	13,3	4
Yerno o nuera	13,3	4
Familiar de cuidado	86,7	4

Fuente: Cuestionario.

El 86,7% (26) de los cuidadores principales conviven con el familiar de cuidado y para aquellos que residen con los hermanos, nietos, yernos o nueras se mantienen los mismos valores en un 13,3%(4).

En cuento al grado de parentesco con relación al familiar de cuidado (Tabla 6), el 70%(21) de los cuidadores principales son hijos del adulto mayor centenario, seguido del 20%(6) en los nietos y el 10%(3) de las nueras. En ninguno de los casos se encontraron: hermanos, sobrinos o vecinos en el ejercicio del rol principal.

Tabla 6: Grado de parentesco con el adulto mayor centenario.

Parentesco	Porcentaje	Frecuencia
Hijo	70	21
Nieto	20	6
Nuera	10	3
Hermanos	0	0
Vecinos	0	0
Sobrinos	0	0

Fuente: Cuestionario.

En la investigación se recolectaron datos referentes al padecimiento de las distintas enfermedades que padecen los cuidadores (Tabla 7).

Tabla 7: Enfermedades que padece el cuidador principal.

Enfermedades	Porcentaje	Frecuencia
Hipertensión Arterial	46,7	14
Diabetes Mellitus	6,7	2
Epilepsia	0	0
Ortopédicas	26,7	8
Cardiovasculares	10	3
Hematológicas	0	0
Dermatológicas	3,3	1
Alérgicas	13,3	4
Inmunológicas	0	0
Oftalmológicas	33,3	10
Gastrointestinales	26,7	8
Renales	0	0
Endocrinas	10	3
Respiratorias	13,3	4
Psicológicas	10	3

Fuente: Cuestionario.

Entre las enfermedades de mayor frecuencia se identifican: la hipertensión arterial con un 46,7%(14), las oftalmológicas con un 33,3%(10) y las ortopédicas y gastrointestinales con un 26,7%(8). Ningún cuidador del estudio presenta enfermedades renales, inmunológicas, hematológicas ni epilepsias.

Con relación a la experiencia en el ejercicio del rol de cuidador el 76,7%(23) de los sujetos no poseían experiencia previa y solo el 23,3% (7) habían asumido esta labor en algún momento de su vida pero no necesariamente asociada al cuidado de un adulto mayor (Tabla 8).

Tabla 8: Experiencia como cuidador.

Experiencia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	23,3
No	23	76,7

Fuentes: Cuestionario.

El tiempo de cuidado fue establecido en distintos rangos teniendo en cuenta los años, horas diarias y semanales que emplean los cuidadores principales en el desempeño del rol y las funciones del cuidado (Tabla 9).

Tabla 9: Distribución del tiempo en los cuidadores.

Tiempo		**Frecuencia**	**Porcentaje**
Diario	1-5 horas	2	6,7
	6-11 horas	3	10
	12-18 horas	25	83,3
Semanal	1-43 horas	3	10
	44-87 horas	4	13,3
	88-128 horas	23	76,7
Anual	1-7 años	16	53,4
	8-15 años	10	33,3
	16-24 años	4	13,3

Fuente: Cuestionario.

En cuanto al tiempo en el ejercicio del rol como cuidador se identifican diferencias significativas en torno a los años de cuidado al adulto mayor centenario. En el rango de 1 a 7 años con un 53,4%(16) se identifica un predominio mayor, mientras que el 33,3%(10) se ubica en el rango de 8 a 15 años. Se observó que el 13,3%(4) se mantiene en el rango de 16 a 24 años.

Se destaca en el tiempo de cuidado semanal valores hasta un máximo de 128 horas y se ubican para el rango de 88 a 128 horas la mayor prevalencia de cuidadores lo que representa un 76,7%(23), mientras que el 10%(3) se situó entre 1 a 43 horas.

En el tiempo de cuidado diario se manifiesta un 83,3%(25) en el rango de 12 a 18 horas y un10%(3) en el rango de 6 a 11 horas. Según los resultados obtenidos, un 6,7%(2) dedican la menor cantidad de horas diarias.

Los adultos mayores centenarios independientemente al estado de conservación de sus capacidades y habilidades, requieren niveles de ayuda en distintas acciones diarias (Tabla 10, página siguiente).

Se identifica que el mayor nivel de ayuda que ofrecen los cuidadores es de carácter parcial para un 56,7% (17). Según la información ofrecida los adultos mayores centenarios exigen mínimos niveles de asistencia en actividades de aseo personal, alimentación, acompañamiento o medicación. Los cuidadores principales declaran que mantienen una

óptima funcionabilidad en las acciones diarias, logrando alcanzar favorables niveles de independencia.

Tabla 10: Niveles de ayuda brindados al adulto mayor centenario.

Niveles de ayuda	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	1	3,3
Parciales	17	56,7
Totales	12	40

Fuente: Cuestionario.

Por otro lado el 40%(12) de los cuidadores ofrecen ayudas totales debido a la situación clínica de su familiar de cuidado. El porcentaje obtenido se asocia a aquellos adultos mayores centenarios que son totalmente dependientes del cuidador principal, estos no presentan autonomía física ni psicológica o se encuentran encamados.

Entre las funciones realizadas con mayor frecuencia destacan con un 90%(27) las de acompañamiento, medicación en el 80%(24) y con un 76,7%(23) las de aseo personal. La higienización del hogar es la función que prevalece para el 100%(30) de los cuidadores al contrario de la función de paseos o caminatas que solo el 6,7%(2) la efectúan, lo cual está mediado por el estado físico que presenta el adulto mayor centenario y las condiciones materiales que se demandan para la movilidad de este (Tabla 11).

Tabla 11: Funciones del cuidador principal.

Funciones	Porcentaje	Frecuencia
Aseo personal	76,7	23
Alimentaria	60	18
Acompañamiento	90	27
Paseos o caminatas	6,7	2
Medicación	80	24
Higienización del hogar	100	30

Fuente: Cuestionario.

La frecuencia con que se ejecutan las funciones de cuidado es diaria en el 90%(27) de los cuidadores y solo el 10%(3) alegan realizarlas semanalmente (Tabla 12).

Tabla 12: Frecuencia de las funciones.

Frecuencia de las funciones	Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	27	90
Semanalmente	3	10

Fuente: Cuestionario.

El 80%(24) de los cuidadores principales afirman contar con al menos un familiar de apoyo que se desempeña como cuidador auxiliar (Tabla 14). Solo el 33,3%(10) de los cuidadores refieren recibir ayuda con una frecuencia diaria y el 46,7%(14) con frecuencias semanal y mensuales. Por su parte el 20%(6) asegura no recibir ningún tipo de ayuda (Tabla 13).

Tabla 13: Frecuencia de la ayuda recibida.

Frecuencia de la ayuda recibida.	Frecuencia	Porcentaje
Diaria	10	33,3
Semanal	8	26,7
Mensual	6	20
Nunca	6	20

Fuente: Cuestionario.

La ayuda que otros familiares ofrecen al cuidador como mayor frecuencia se circunscribe en torno a la asistencia económica y al acompañamiento para un 53,3%(16). Las tareas de higienización del hogar con un 43,3%(13), los cuidados hospitalarios con el 40%(12) y el suministro de alimentos en un 36,7%(11), se establecen como acciones que facilitan o minimizan las exigencias en las funciones de cuidado. Solo un 6,7%(2) de los cuidadores reciben ayuda en relación con la movilidad del adulto mayor centenario que incluye como acciones los paseos y caminatas (Tabla 14, página siguiente).

Tabla 14: Ayuda recibida.

Ayuda recibida	Porcentaje	Frecuencia
Cuidador auxiliar	80	24
Económica	53,3	16
Acompañamiento	53,3	16
Alimentaria	36,7	11
Paseo o caminatas	6,7	2
Hospitalarios	40	12
Medicación	26,7	8
Higienización del hogar	43,3	13

Fuente: Cuestionario.

Atendiendo al vínculo laboral y las fuentes de ingresos en los cuidadores principales, los resultados se expresaron de la siguiente manera (Tabla 15 y 16).

Tabla 15: Vínculo laboral.

Vínculo laboral	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	33,3
No	20	66,7

Fuente: Cuestionario.

Tabla 16: Fuentes de ingresos.

Fuentes de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Estatal	9	30
Trabajador por cuenta propia	1	3,3
Beneficiario por asistencia social	1	3,3
Jubilado	15	50
Ama de casa	2	6,7
Desocupado	2	6,7

Fuente: Cuestionario.

El 66,7%(20) de los cuidadores principales no se encuentran vinculados laboralmente y solo el 33,3%(10) son trabajadores; de ellos insertados al sector estatal el 30%(9) y al cuentapropista el 3,3%(1).

El 50%(15) de los cuidadores poseen la condición de jubilados y el resto son amas de casa, desocupados y uno que cuenta con los beneficios de la asistencia social representando el 16,7%.

Al explorar sobre la existencia de algún familiar de apoyo que asuma el rol de cuidador principal del adulto mayor centenario en ausencia del mismo, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 17).

Tabla 17: Sustituto del cuidador principal según su percepción.

Existencia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	80
No	6	20

Fuente: Cuestionario.

El 80%(24) de los cuidadores desde su percepción reconocen la existencia de un familiar de apoyo que pueda desempañar las funciones de cuidado desde el compromiso formal o en coherencia con lo socialmente esperado para este tipo de situaciones. Las consideraciones al respecto estriban desde la obligatoriedad de las funciones para el resto de los hijos o nietos del adulto mayor centenario.

No obstante, el 20%(6) manifiesta no contar con ningún familiar de apoyo que asuma el rol y a pesar de existir otros familiares del longevo, afirman que sus posiciones con respecto al cuidado no se encuentran orientadas a la colaboración.

3.2.- Escala de Zarit

Con el objetivo de evaluar la sobrecarga en los cuidadores principales de adultos mayores centenarios se utilizó la Escala de Zarit que mostró los siguientes resultados (Tabla 20).

El 86,7%(26) de los cuidadores principales estudiados afirman no experimentar sobrecarga en relación con el ejercicio del rol.

Tabla 20: Comportamiento de la sobrecarga en los cuidadores principales.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No existencia de sobrecarga	26	86,7
Sobrecarga leve	2	6,7
Sobrecarga intensa	2	6,7

Fuente: Escala de Zarit

Los casos que presentan un 6,7%(2) respectivamente para la sobrecarga leve y para la sobrecarga intensa, son en su totalidad representados por el género femenino cuyas edades oscilan entre los 64 y 75 años. En todos los casos las fuentes de ingresos provienen de la jubilación.

Los sujetos que presentan sobrecarga leve no poseen experiencia previa como cuidadores y los años de cuidado oscilan de 10 a 15 años. Los niveles educacionales solo alcanzan el nivel secundario.

Los dos sujetos que presentan sobrecarga intensa ejercen el rol de cuidador hace 2 y 12 años respectivamente y solo uno de ellos posee experiencia previa como cuidador mientras. Los niveles educacionales encontrados son el superior y el técnico medio.

3.3. - Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDERE).

Mediante la aplicación de la técnica, se constató que no existen diferencias significativas entre los niveles de depresión como rasgo. Se presentó con valores altos de depresión el 36,7%(11) de los cuidadores principales, para niveles bajos el 33,3%(10) y en los medios el 30%(9) restante (Tabla 19, página siguiente).

En la depresión como estado ningún sujeto manifestó niveles bajos. Los valores se mantuvieron entre los niveles altos con un 60%(18) y en medios con el 40%(12) restante.

Los resultados obtenidos demuestran que los cuidadores principales manifiestan estados emocionales reactivos. Esto genera afectaciones en las diferentes esferas de su vida, mediadas por posibles reestructuraciones en el núcleo familiar o por presencia de conflictos personales y familiares. Los cuidadores principales del estudio presentan por lo general inestabilidad tensional, cambios en la conducta social y disminución en las necesidades sexuales.

Tabla 19: Comportamiento de los niveles de depresión rasgo-estado.

	Rasgo		**Estado**	
Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	10	33,3	0	0
Medio	9	30	12	40
Alto	11	36,7	18	60

Fuente: Inventario de depresión rasgo-estado.

3.4. - Inventario de Ansiedad Rasgo–Estado (IDARE)

El inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) va dirigida a evaluar la presencia de ansiedad como rasgo y como estado en la muestra explorada. Es importante resaltar que los mayores valores se evidencian en el nivel medio tanto en la ansiedad rasgo como en la ansiedad estado.

Los valores encontrados en la ansiedad como estado no exhibieron diferencias significativas entre los niveles medio y alto. El 46,7%(14) de los cuidadores principales se mantuvieron en el nivel medio, mientras que el 43,3%(13) lo hicieron en el alto. La menor cantidad de sujetos se identifica en los niveles bajos con un 10%(3) (Tabla 18).

La ansiedad como rasgo se presentó con valores medios en un 56,7%(17), en valores altos en un 40%(12), quedando para el nivel bajo un 3,3%(1) del total de la muestra seleccionada (Tabla 18).

Tabla 18: Comportamiento de los niveles de ansiedad rasgo-estado.

	Rasgo		**Estado**	
Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	3,3	3	10
Medio	17	56,7	14	46,7
Alto	12	40	13	43,3

Fuente: Inventario de ansiedad rasgo-estado.

Se evidencia que los cuidadores principales experimentan niveles medios de ansiedad ante situaciones puntuales y generales, lo cual pudiese estar relacionado con el desempeño en el ejercicio del rol diario, momento de tensión tanto para el cuidador principal como para el adulto mayor centenario. Esta situación se asocia con la incertidumbre que genera el proceso de cuidado a un sujeto que alcanza la longevidad extrema.

Al tener en cuenta que la prolongación y la calidad de vida del adulto mayor centenario dependen en gran medida del cuidador principal, se constata que estos se encuentran sometidos a altos niveles de ansiedad. Se identifica un 43,3% de los cuidadores en niveles altos, las puntuaciones obtenidas por los cuidadores principales en la subescala estado denotan una ansiedad reactiva situacional que surge ante condiciones específicas generadas en el ejercicio de cuidado. Los cuidadores presentan percepciones intensas pero

no estables de las situaciones propias que vivencian, solo un 3,3%(1) presenta una ansiedad clínicamente propia de un desarrollo neurótico.

De manera general en la subescala rasgo, existe una predisposición a la ansiedad en niveles medios en un 56,7%(17) y en niveles altos a un 40%(12); los cuidadores tienden a reaccionar a determinadas situaciones estresantes con ansiedad y no con una tendencia global propia de personas neuróticas. Los cuidadores principales presentan características relativamente estables ante el ejercicio de cuidado y al mismo tiempo a la dinámica que da la idea de la predisposición a la percepción de un amplio círculo de situaciones amenazantes asociadas a su labor. Las reacciones ante estas situaciones denotan estados de ansiedad que se activan en un momento determinado con diferentes niveles de expresión, revelándose como una propiedad individual de la personalidad que depende de la esfera motivacional.

Esta situación trae consigo mayores probabilidades de presentar dificultades en el desempeño del ejercicio del rol y en la relación vivencial entre el cuidador principal y el adulto mayor centenario. En la aparición de estos niveles de ansiedad, influye también la ausencia de apoyo social, así como la aparición de conflictos adulto-cuidador.

3.5. - Discusión de resultados.

Los resultados obtenidos en relación con las variables sociodemográficas que presenta la muestra en cuanto a género, edad, nivel de escolaridad y situación laboral, coinciden con estudios internacionales desarrollados por Figueroa (2010) en la institución de la Caixa en España. Las investigaciones refieren que el perfil del cuidador principal se caracteriza por ser mujeres, en condición de jubiladas, con un nivel intelectual que oscila entre el básico elemental y el medio superior, expresando tendencias de género en tanto se estima socialmente que son las mujeres las que deben asumirlo.

Estudio similar realizado por Daniel (2013) en la Universidad de Sao Paulo, específicamente en la escuela de enfermería de “Ribeirao Preto”, demuestra que socialmente son las mujeres que asumen el rol, con la misma predominancia en el nivel escolar. De igual manera, resultados coincidentes se observaron en los estudios dirigidos por Alfonso (2015) y Fernández (2015) respecto al color de piel donde predominan los cuidadores blancos.

Con un predominio del 86,7 % (26) de féminas en los resultados obtenidos en la vigente investigación, la variable género es coincidente con los resultados científicos de otras investigaciones tanto nacionales como internacionales (Muñoz, Espinosa, Portillo y Rodríguez, 2002; Waelde, Thompson & Gallagher, 2004; Quevedo, 2006; Alfonso, 2015). Los datos obtenidos en estos estudios confirman que la representación social del cuidador se ajusta al género femenino y sus implicaciones en el desempeño de la labor del cuidado en diferentes esferas de la cotidianidad. De acuerdo con Baster (2011), Carreño y Chaparro (2016); las mujeres se afirman como las principales proveedoras de cuidado en la familia.

En relación con el grado de parentesco cuidador-adulto mayor centenario, se evidencian coincidencias entre los datos del presente estudio y las investigaciones de Quevedo (2006) y Fernández (2015) al reconocer que son en su mayoría los hijos del familiar quienes ejercen la función del cuidado.

Según los datos obtenidos el 86,7% de los cuidadores principales conviven con el adulto mayor centenario. Similar resultado obtuvo Quevedo (2006) en cuanto a que el 87% de los cuidadores convivían con el enfermo, no siendo así para el 13%. Treto (2009) señala que estos resultados constituyen un elemento significativo, ya que el cuidador es la persona encargada de la atención y cuidado de la salud de un enfermo de manera habitual y cotidiana, dedicándole tiempo, dedicación y esfuerzos.

Es necesario señalar el estudio de Pérez y Llibre (2010) que van en la misma línea que nuestros resultados, en donde el 90,6% los cuidadores principales que prestan su asistencia a adultos mayores con Alzheimer son hijas sin vínculo laboral. Al igual que en la presente investigación con un 50%(15), los investigadores declaran que el 62,6% de su muestra son jubilados.

Múltiples estudios, entre ellos los realizado por Flores, Rivas y Seguel (2012) sobre cuidadores familiares del adulto mayor con dependencia severa y los realizados por Martínez, Pérez, Carballo y Varona (2014) en cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer; obtuvieron resultados similares respecto a la experiencia previa que poseen los cuidadores principales en el ejercicio del rol. Los dos estudios obtuvieron que más del 60% de los cuidadores principales nunca habían ejercido esta labor, resultados similares al 76,6%(23) que se obtuvo en este estudio.

En cuanto al estado emocional de los cuidadores principales, un alto porcentaje manifiesta diversos síntomas de ansiedad y depresión. Se evidencian como principales manifestaciones dificultades en el sueño, llanto, tristeza, nerviosismo, tensión, fatiga y cansancio. Investigaciones como la de Moure (2011b) exponen que la actividad del cuidador amerita desgaste físico, lo cual podría sumar o enmascarar la depresión.

En correspondencia con lo anteriormente expuesto, diversos informes han puntualizado que la sintomatología más común en el cuidador es la depresión.

De manera general se evidencia que los cuidadores principales experimentan de forma intensa pero no estable las situaciones que surgen ante condiciones específicas concebidas en el ejercicio del rol. Los cuidadores principales manifiestan predisposición a la ansiedad en niveles medios ante situaciones puntuales y generales.

De este modo resultan coincidentes con los resultados encontrados por Moure (2011b) y Vivalda (2011), quienes destacan el predominio de estas emociones en los cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. Igualmente coincide con investigaciones realizadas por López, Sánchez, Mengibar, Jiménez y Marchal (2007), en cuidadores con pacientes con enfermedades crónicas donde en ambos estudios se evidencian niveles medios de ansiedad en más del 80% de las muestras.

La depresión rasgo no mostró variaciones significativas, mientras que la depresión estado mostró niveles altos, lo cual está generando la presencia de conflictos en las diferentes esferas de la vida. Estudios afines como los de Tugrul et al. (2003) demostraron que el 54,2% de una muestra de cuidadores de pacientes en hemodiálisis, mantenían niveles altos de depresión. Otro estudio realizado por López, De Mattos, Kurita & De Oliveira (2009) en cuidadores de en pacientes crónicos, evidenció que el 48,7% mantenían niveles altos de depresión como estado y el 51,3% niveles altos de depresión como rasgo, mientras que en estudios sobre cuidadores de familiares en estados paliativo, realizado por Hudson, Aranda & Kristjanson (2012), se apoya la presencia de más síntomas de depresión que de ansiedad. Estos estudios demuestran la existencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en cuidadores que ejercen su rol en diferentes espacios.

Los cuidadores principales de la presente investigación vivencian estados emocionales reactivos respecto a la depresión y la ansiedad, esto puede explicarse por la sobrecarga emocional que aún no ha llegado a impactar en la sobrecarga general evaluada.

En el presente estudio como en los realizados por Vitalino et al. (1991) y Mittelman y et al.(1995), se evidencia que la cantidad de apoyo social no se encuentra en relación con la cantidad de personas que participan como apoyo al cuidador sino con el grado de satisfacción con el apoyo social recibido, lo cual explica una menor afectación emocional en los cuidadores. Así, los cuidadores menos satisfechos con su red social experimentan altos niveles de depresión, sin que manifestaciones específicas de apoyo social como son la ayuda (económica, de acompañamiento, alimentaria, entre otras) de los familiares, se asocien significativamente con altos niveles de depresión del cuidador principal.

En este mismo sentido, según los resultados obtenidos en la presente investigación respecto al apoyo social es preciso realizar una aclaración sobre la diferencia entre apoyo social instrumental y apoyo emocional (contar con relaciones de confianza). Estudios como los de Zunzunegui, Llácer & Béland (2002) encuentran que el apoyo emocional se asocia con bajos niveles de depresión, sin embargo, los cuidadores principales del presente estudio afirman que la ayuda recibida gira en torno al apoyo social instrumental. Según los resultados obtenidos el 80%(24) de los cuidadores declaran la existencia de algún individuo que lo podría sustituir, no obstante, las verbalizaciones indicaban que asumir este rol por la persona que lo sustituía constituye ¨una obligación¨.

En la muestra estudiada se evidencia que la cantidad de relaciones sociales es menos importante que su calidad, por lo que la ausencia de apoyo emocional, afectivo, es mejor predictor de problemas que otros tipos de apoyo. Tener personas con quienes compartir los problemas, actúa como sostén de la depresión y la ansiedad que provoca la situación de cuidado.

Al analizar los resultados de la variable sobrecarga se observa que el 86,7%(26) de los cuidadores no experimentan carga alguna, resultados contrarios a diversas investigaciones que contrastan el grado de sobrecarga con los niveles de ansiedad y depresión. Los resultados obtenidos respecto a esta variable pueden estar mediados por el alto porcentaje de cuidadores que cuentan con apoyo social instrumentado.

No obstante, en investigaciones realizadas por Gallagher & Coon (2007), se evidencia que la sobrecarga es minimizada o se soporta mejor si existe soporte interno y externo, y si los distintos protagonistas gozan de tiempo para su propio cuidado.

Contrariamente, en estudios realizados por Alfaro et al. (2008) se encontraron correlaciones significativas entre las variables de sobrecarga, ansiedad y depresión. No obstante, en los participantes de la presente investigación se evidencia la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, sin embargo, no se percibe sobrecarga.

De igual manera, no se han identificado puntos de contacto entre la presente investigación y los estudios de Hudson, Aranda & Kristjanson (2012) y Hyunsook (2013). Aun cuando los cuidadores principales permanecen con el adulto mayor centenario la mayor parte del día e invierten gran cantidad de recursos tanto personales como económicos, según los resultados obtenidos en la presente investigación, los cuidadores principales no muestran sobrecarga.

Según la investigación de Bergman (1994), se observó una menor sobrecarga en el cuidador principal cuando este recibía apoyo social de sus familiares allegados o vecinos, mientras que los que no recibían apoyo social resultaron propensos a padecer depresión, ansiedad y angustia. Haley et al. (1987), refieren que el mejor predictor de la depresión se encuentra relacionado con la evaluación del cuidador en torno al nivel de deterioro de la persona cuidada. Por tanto, se refiere a la sobrecarga subjetiva experimentada por el cuidador y no así a la objetiva que esta relacionada con la dedicación al desempeño del rol y que implica las repercusiones concretas sobre la vida del cuidador y los declives que se presentan.

Fernández (2015) describe que las características del cuidado inciden directamente en la sobrecarga y en el estado de ánimo del cuidador. De igual forma, plantea que uno de cada cinco cuidadores con edad superior a los 65 años padecen de alguna enfermedad o problemas físicos de importancia, factores que influyen en la percepción de sobrecarga. Sin embargo, en la muestra estudiada no se cumplen estas condiciones para la variable sobrecarga, a pesar, que la mayoría de los sujetos padecen de al menos una enfermedad, si bien asociada a la etapa por la que transita o a los largos años de ejercer el rol de cuidador.

Resulta significativo un análisis sobre las principales enfermedades que padecen los adultos mayores en el municipio de Santa Clara. Según los datos de la ONE (2014) y los resultados de la investigación de Roque, Azcuy y Toledo (2015) en la provincia, entre los padecimientos más frecuentes se encuentran debilidades visuales y auditivas, limitaciones físico motoras y altos índices de Hipertensión Arterial.

Dichos resultados, poseen puntos de encuentros con el presente estudio, en el cual la generalidad de los cuidadores principales se mostraron proclives a diferentes patologías, lideradas por la Hipertensión Arterial y las enfermedades oftalmológicas. De igual manera se presentaron enfermedades respiratorias, cardiovasculares, alérgicas, entre otras, pese a no ostentar la misma frecuencia. Similares resultados obtuvo Fernández (2015) en 56 cuidadores, en los cuales el 42,1% padecían Hipertensión Arterial y el 10,6% asma, además, de dificultades en el sistema cardiovascular.

Lo antes expuesto evidencia el impacto que produce en la salud de los cuidadores el estrés a que están sometidos, apreciándose en su mayoría trastornos somatomorfos.

Se identificó en los cuidadores un predominio del género femenino en el ejercicio del rol con un rango de edad entre 53 a 78 años y como principal grado de parentesco se encuentran los hijos.

Según la Escala de Zarit, no se evidencia sobrecarga en el 86,7% de los cuidadores principales en relación con el ejercicio del rol.

Predominaron los niveles medios en la ansiedad como rasgo y en la ansiedad como estado, aunque no se determinan diferencias significativas entre los niveles altos y medios de la ansiedad como estado

Se constataron elevados niveles de depresión como estado en los cuidadores no existiendo así diferencias significativas entre los niveles altos, medios y bajos de depresión como rasgo.

Las principales manifestaciones de ansiedad y depresión se identifican como inestabilidad tensional, retraimiento social, agotamiento y disminución en las necesidades sexuales.

Recomendaciones.

Replicar este tipo de estudio para cuidadores principales de adulto mayores del país que permitan una mayor generalización de los resultados.

Desarrollar estudios con alcance correlacional entre las variables sociodemográficas y clínicas de esta investigación.

Ofrecer los resultados de la investigación a las instituciones beneficiarias para establecer políticas sociales e intervenciones encaminadas a potenciar la calidad de vida de los cuidadores.

Referencias Bibliográficas.

Aguilera, A. I., Castrillo, E. M., Linares, B. y Carnero, R. M. (2016). Peritoneal y Hemodiálisis. *Nefrologia. Unidad de Dialisis***,** *19* (4), 359-365**.** doi**:**/10.4321/S2254-28842016000400007

Alfaro, O. et al. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *46*(5), 485-494.

Alfonso, A. (2015). Un estudio piloto sobre los cuidadores de ancianos. *Novedades en población, 10,* 41-48.

Andersen, K., Schroll, M. & Jeune, B. (2001). Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: a population-based study of morbidity among Danish centenarians. *J Am Geriatr Soc, 49*(7), 900-908.doi: org/14.8721/S4539-138520079644001

Anuario Estadístico de la Población de la provincia de Villa Clara (2015). AEP, Santa Clara, Cuba.

Basile, G. et al. (2011). Electrocardiographic Changes in Centenarians: A Study on 42 Subjects and Comparison with the Literature. *Gerontology*, *3*(5), 6-12. Recuperado de http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?

Baster, J. (2011). Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. (Tesis de maestía). Universidad de Ciencias Médicas, Holguín, Cuba.

Bayés, R. (2009). Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. Recuperado de http://www.fehad.org/valhad/pn022.htm.

Bazo, M.T. y Domínguez C. (2010). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones, 3*(1) ,43-50. Recuperado de http://sinvg.isciii.es/pid=S113557346798500600007&script=sci

Beregi, E. & Klinger, A. (1989). Health and living conditions of centenarians in Hungary. *International Psychogeriatric, 1* (2), 195-200. doi: 17.25631/S4539-1450002366998236

Bergam, R. N. (1994). Alzheimer´s and related disorders: loneliness, depression, and social support of spousal caregivers. *J Gerontol Nurs, 20*(3),6-16.doi:059453/58989/81200

Bonafe, M., Valensin, S., De Luca, M., Carotenuto, L. & Franceschi, C. (2000). Genes and longevity: lessons from studies of centenarians. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci, Jul, 55*(7), 319-328. doi 15656/S56645-64112025

Borrás, C., et al. (2005). 17β - Oestradiol up-regulates longevity-related, antioxidant enzyme expression via the ERK1 and ERK2 [MAPK]/NFκB cascade. *Aging cell, 4*(3), 113-118.doi: 456986/S45845-64111230000

Borrás, C., et al. (2003). Mitochondria from females exhibit higher antioxidant gene expression and lower oxidative damage than males. *Free radical biology and medicine, 34*(5), 546-552. doi: 1236086/S0036-249002330

Calvert, J. F., Hollander, J., Kaye, J. & Leahy, M. (2006). Dementia-free survival among centenarians: an evidence-based review. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61(9), 951-956.* doi: 001450878/4256-001/56320001

Carreño, S.P. y Chaparro, L. (2016). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan, 16*(4), 447-461. doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.4

Castro, G. (2014). El envejecimiento poblacional en Cuba: sus implicaciones. *Gerontología, 9*(3), 22-28.

Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica. Recuperado de www.bibliotecanacional.gov.co/colecciones

CEPAL. (2012). Consulta de opinión sobre las políticas de cuidado de personas dependientes en América Latina: Niñas y niños, personas ancianas, personas con discapacidad y personas con enfermedades crónicas. Recuperado de http://www.cepal.org/oig/noticias/noticias/1/47401/OIG_Cosulta_de_opinion_final.pdf

Chang, H., Bi, D., Hong, W., Yan, Z. & Jin, W. (2008). Depression and medical illness in chinese nonagenarians and centenarians. *J Am Geriatrics Society, 56*(12), 2359-2361.doi:0326/598672/006698/50066

Cho, J., Martin, P., Margrett, J., Macdonald, M., & Poon, L. W. (2011). The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest-Old *Adults. J Aging Res, 60*,41-50.doi:0266/3201/00365/02300

CONACYT. (2014). Demanda 5. *Instituto Nacional de Geografía y Estadística-INEGI.* Recuperado de http://www.conacyt.gob.mx/FondosyApoyos/Sectoriales/InvestigacionBasicaAplicada/INEGI/Documents/Demanda_5_Convocatoria_1_2014.pdf

Córdoba, V. y Pinazo, S. (noviembre, 2014). Estado del arte sobre la investigación en personas centenarias: una revisión bibliográfica. Poster presentado en el XI Congreso Hispano Luso de Gerontología, Covilhã, Portugal.

Córdoba, V. y Pinazo, S. (septiembre, 2015). Bienestar, emociones positivas, apoyo social y vitalidad: factores protectores de longevidad. Poster presentado en el I Congreso Internacional de Poster Científicos en Contextos Clínicos y de la Salud, Almería, España.

Crespo, M. y López, J. (2014). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad.

Cress, M. E.,et al. (2010). Assessing physical performance in centenarians: norms and an extended scale from the georgia centenarian study. *Curr Gerontol Geriatr Res. Reports, 2*(961), 1-5.doi:036596/25877/2369846

Daniel, F. (2013). O cuidador do idoso com insuficiencia renal crónica en dialisis peritonial ambulatoria continua. (Trabajo de grado). Ribeirao Preto, Sao Paulo, Brasil.

De los Reyes (2011).Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología de MERCOSUL. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur, Curitiba. Brasil

Deví, J. y Almazán, I. (2014). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador principal del adulto mayor. *Gerontología, 12*(1), 31-37.

Duenwald, M. (2014). La gente feliz vive más años. *Gerontología, 3*(4), 9-14. Recuperado de http://www.psych.ucredu/faculty/Friedman.htm.

Durán, N. (2016). Funcionamiento psicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades de Alzheimer: sobrecarga emocional, malestar psíquico y calidad de vida. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, España.

Espín, A. (2010). Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. (Tesis doctoral). Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.

Espín, A. M. et al. (2014).¿Cómo cuidar mejor? Manual para cuidadores de personas dependientes. Recuperado de http://investgsaludgeront.2014.sldy/lm120

Espinoza, K. y Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*, *18*(2), 23-30.doi:00365/6563255/0000089

Febles, M. (2004). Una nueva etapa de desarrollo: la adultez.Ciencia y enfermería, 3(7), 21-32.doi:00698789/9912875/92552320

Félix, A. A., et al. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados, 16*(33), 81-88.doi:298789/002220/200369

Fernández, A. (2015). El bienestar de los pacientes y el estrés de los cuidadores familiares de adultos mayores. Albacete, España: Ciencia y salud.

Fernández, I.M., Montorio, I. y Diaz, P. (2014). Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares. Recuperado de http://bit.ly/121b5Wv

Figueroa, O. (2010). Perfil del cuidador de adultos mayores con enfermedades terminales. (Tesis de maestría). Universidad de Caixa, España

Findling, L. y López, E. (2015). De cuidados y cuidadoras. Revista argentina de salud pública, 3(6), 21-29.doi:05698/987816/00229/

Flores, G., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería, 18*(1), 29-41.

Franceschi, C. & Bonaf, M. (2003). Centenarians as a model for healthy aging. *Biochemical Society, 3*, 45-51.doi:198489/4226022/000874

Gallagher, D. & Coon, D.W. (2007). Evidence based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging, 22*(1), 37-51.doi:753159/2587463/015796/

Gambini, J. et al. (2015). Identificación de polimorfismos de nucleótido simple en centenarios. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *51*(3), 146-149.doi:798932/02367/581200

García, T. A. (2008). Metodología didáctica para el desarrollo del proceso de envejecimiento.*Técnica y Salud, 3*(7), 23-27.doi:702479/ 0071256

Gaugler, J. E., Anderson, K. A., Leach, C. D., Smith, F.A. & Mendiondo, M. (2012). The emotional ramifications of unmet need in dementia caregiving. *Am J Alzheimers Dis Other Demen, 19*, 369-380.doi:045986/765200000

Gayomali, Ch., Sutherland, S. & Finkelstein, F. (2012). The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transpl.*,*23*(12),49–51.doi:045869/326556/0000547

Getty, A. (2015). Los mejores y peores países para envejecer en América Latina. *BBC Mundo*. Recuperado de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150909

Goode, P., Haley, S. y Roth, N. (1998). La sobrecarga en cuidadores de adultos mayores demenciados. *Revista de enfermería mexicana, 3*(5), 23-29. Recuperado de http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/253/73

Gran Álvarez, M. y López, L. (2015). El descenso de la natalidad en Cuba. *Revista Cubana Salud Pública*, *29*(2), 132-138. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864K34662003000200008&lng=es&nrm=iso>.ISSN 0864K3466

Grau, J., Chacón, M. y Reyes, M. (2012). Guías de cuidados para familiares de enfermos crónicos avanzados.doi:02789/0037/36660000

Grau, J., Martin, M. y Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad y personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Revista interamericana de psicología*, *27*(1), 27-57.

Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L. & Bartolucci, A.A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging*, *2*(4), 323-330.doi:0065/85711/433000004700

Haslam, A. et al. (2011). Prevalence and Predictors of Anemia in a Population-Based Study of Octogenarians and Centenarians in Georgia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*,*4*(7), 54-63.doi:059463/754265/000245813

Hausman, D. B., Johnson, M. A., Davey, A. & Poon, L. W. (2011). Body mass index is associated with dietary patterns and health conditions in georgia centenarians. *J Aging Res, 13,* 80- 15.doi:0248962/21989620/52000

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. 6ta ed. México: McGrau-Hill/Interamericana.

Hudson, P.L., Aranda, S. & Kristjanson, L.J. (2012). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *Palliat Med, 7*, 19-24.doi:02015/6969/100005243

Hyunsook, Y. (2013). Factors associated with family caregivers' burden and depression in Korea. *Aging Human Dev, 57*(4), 291-311.doi:05004/74102

INEGI. (2014). Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad. Recuperado de http:// bit.ly/1vsn23u

Jové, M et al. (2016). A stress-resistant lipidomic signature confers extreme longevity to humans. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *00*(00), 1-8.doi:0054/9967/266120

Kwak, M., Ingersoll, B. & Kim, J. (2012). Family conflict from the perspective of adult child caregivers the influence of gender. *Journal of Social and Personal Relationships, 29*(4), 470-487.doi:00125/778900/00067

Li, Y. et al. (2011). Trace Elements in Fingernails of Healthy Chinese Centenarians. *Biol Trace Elem Res, 10*(7), 45-53.doi:00219/002247

Lledós, M., Aller, A. y Calvo, A. (2002). Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista Española de Salud Pública, 76*(6), 713-21. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000600007&script=sci_arttext

López, D.A., De Mattos, C.A., Kurita, G.P. & De Oliveira, A.C. (2009). Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *Int J Nurs Termil Classif, 15*(1), 5-13.doi:005-984361/02478/5136000

López, J., Sánchez, L.I., Mengibar, R., Jiménez, S. y Marchal, M. (2007). Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén. Revista médica, *10*(2), 23-31.doi:.org/10.4321/S1139-13752007000200004

Madrid, A. J. y Garcés, E. J. (2009) La preparación para la jubilación: Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. *Anales de psicología, 16*(1), 87-99.doi:6569823/00025/

Magalhaes, F.A. (2007). The psychology of emotions: the allure of human take. Lisboa: Editorial Fernando Pessoa University.

Martín, M. (2009). Envejecimiento y cambios psicológicos. *Revista Tiempo, 2*(2), 12-17.doi:6210/00002588/582002

Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L.W. & Johnson, M.A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: findings from the Georgia Centenarian Study. *Int J Aging Hum Dev, 66*(2), 97-114. doi:00369896/022532/00006

Martin, P., Rott, C., Hagberg, B. & Morgan, K. (2015). Centenarian. *Sociológicas, 73*, 43-56.doi:021696/22363/6300033

Martínez, C., Pérez, V.T., Carballo, M. y Varona, G. (2014). Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. *Revista Cubana Medicina General Integral, (21)*, 3-4.

Martínez, L. (2015). Sentido personal del rol en cuidadores de pacientes en hemodiálisis de Hospital ¨Arnando Milian Castro¨ de Santa Clara. (Trabajo de grado). Universidad Central ¨Marta Abreu¨ de Las Villas, Santa Clara, Cuba.

Martinez, R. (1986). Lazarus y Folkman: Procesos cognitivos y estrés. Recuperado de www.bibliotecanacional.gov.co/colecciones

McClendon, M.J., Smyth, K.A. & Neundorfer, M.M. (2004). Survival of persons with Alzheimer's disease: caregiver coping matters. *Gerontologist, 44*, 508-519.doi:004368/9876/3003/52004

MINSAP. (2013). Estrategias del sistema de salud nacional público sobre el envejecimiento poblacional en Cuba. Recuperado de www.infomed.cu/_públic-

Mittelman, M. S. et al. (1995). Comprehensive support program: effect on depression in spouse caregivers of AD patients. *Gerontologist,35*, 792-802.doi:7127543/00037/85120000

Moleiro, O. (2004). Programa para el autocontrol de pacientes con hipertensión arterial esencial. (Tesis doctoral). Universidad Central ¨Marta Abreu¨ de Las Villas, Santa Clara, Cuba.

Moure, P. (2011a). De lo psicológico a lo fisiológico en la relación entre emociones y salud. *Revista Psicología Científica, 13*(19), 34-39. Recuperado de http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-497-1-de-lo-psicologico-a-lo-fisiologico-en-la-relacion-entre-emoc.html

Moure, P. (2011b). Manifestaciones de ansiedad, depresión e ira en cuidadores principales de pacientes con tratamiento hemodialítico. (Tesis de Maestría). Universidad Central ¨Marta Abreu¨ de Las Villas, Santa Clara, Cuba.

Muela, J., Torres, C. y Peláez, E. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología, 18* (2), 319-331. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v18/v18_2/09-18_2.pdf

Muñoz, F., Espinosa, J.M., Portillo, J. y Rodríguez, G. (2002). La familia en la enfermedad terminal. *Medican Family, 3*(3), 190-199.doi:0085/64197/0326751000

Noriega, N., López, Y. y Soto, Y. (2015). La UAM como alternativa desarrolladora de los adultos mayores. Cátedra Universitaria del Adulto Mayor, Santa Clara, Cuba.

OMS. (2009). Organismos internacionales y envejecimiento. Recuperado de http://traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envellecemento/congreso_envejecimiento_activo.pdf.

OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

OMS. (2015a). La buena salud añade vida a los años. Información general para el día mundial de la salud, Ginebra. Recuperado de http://bit.ly/1vRFum0

OMS. (2017). Envejecimiento y ciclo de vida. Envejecimiento y salud. Recuperado de http://www.oms.es/

ONE (2014). Una mirada al envejecimiento poblacional. La Habana: ONE.doi:035/23680/000024

ONE (2015). Anuario demográfico de Cuba. Población. Recuperado de http://www.one.cu/anuariodemografico2015.htm

ONU. (2009). El desarrollo de un mundo que envejece. Estudio social mundial. Departamento de asuntos económicos y sociales. Disponible en: http://bit.ly/1FU9iSg

ONU. (2014)La situación demográfica en el mundo. Informe conciso. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población, 35-49. Recuperado de http://oms.2014.ly/1vRFum0

ONU. (2015). El ascenso del sur: progreso humano en un mundo diverso. Informe sobre desarrollo humano. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado de http://bit.ly/1tTGroB

Orosa, T. (2003). La tercera edad y la familia. La Habana: Félix Varela.

Pérez, M. y Llibre, J.J. (2010). Características sociodemográficas y niveles de sobrecarga de cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería, 26*(3), 104-116.

Perls, T. (2004). Dementia-free centenarians. *Exp Gerontol, 39*(11-12), 1587-1593.doi:0017/84215-0182495/000000400

Perls, T. T., Bochen, K., Freeman, M., Alpert, L., & Silver, M. H. (1999). Validity of reported age and centenarian prevalence in New England. *Age Ageing, 28*(2), 193-197.doi:0378/0002/008416257

Perls, T. & Terry, D. (2003a). Genetics of exceptional longevity. *Exp Gerontol, 38*(7), 725-730.doi:741085/00094135

Perls, T. & Terry, D. (2003b). Understanding the determinants of exceptional longevity. *Ann Intern Med, 139*(5 Pt 2), 445-449.doi:01412/00072/8476129

Poon, L. W., et al. (2012). Understanding dementia prevalence among centenarians. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 1-8. doi:10.1093/gerona/ glr250.

Pujol, R., Abellán, A. y Ramiro, D. (2014). La medida del envejecimiento. Informes de envejecimiento, *9*.doi:114533/00000745

Quevedo, T. (2006). Cuidadores de pacientes Alzheimer. Una aproximación al estudio de sus necesidades. (Tesis de maestría). Universidad Central ¨Marta Abreu¨ de Las Villas, Santa Clara, Cuba.

Randall, G. K. et al. (2010). Social resources and longevity: findings from the Georgia centenarian study. *Gerontology, 56*(1), 106-111.

Richmond, R. L., Law, J. & Kay, F. (2011). Physical, mental, and cognitive function in a convenience sample of centenarians in Australia. *J Am Geriatr Soc, 59*(6), 1080-1086.doi:00037/894572/

Rodríguez, R. (2016). Estrategias de afrontamiento y sentido personal del rol en cuidadores de pacientes hemodializados. (Trabajo de grado). Universidad Central ¨Marta Abreu¨ de Las Villas, Santa Clara, Cuba.

Roque, Y., Azcuy, L. y Toledo, L. (2015). Política social para la atención a la vejez: una necesidad para Villa Clara. *Novedades en población, 10,* 21-27.

Rosell, F. A. (2016). Usted puede…Mejorar los cuidados del enfermo dependiente. La Habana: Editorial científico-técnica.

Saiz, G. M., Bordallo, J.R. y García, J.N. (2012). El cuidador como paciente. *FMC, 15*(7), 418-26.doi:00697/002549/8963

Salazar, J. y Andrea, D. (2012). Evaluación de los componentes de la sobrecarga en adultos mayores demenciados. *Revista argentina de salud, 12*(4), 7-12.doi:003589/56667/26975896

Sánchez, C. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con las variables demográficas, psicosociales y psicológicas. (Tesis doctoral). Universidad de Malaga, España.

Serna, E., et al. (2012). Centenarians, but not octogenarians, up-regulate the expression of microRNAs. *Scientific, 2*(3), 34-42.doi:31983./000245/230000/

Serrana, S. y Mihoff, A. (2013). Prevalencia de personas adultas mayores cuidadoras y Síndrome de sobrecarga del cuidador. Caracterización de los cuidadores y de la población a la que cuidan. *Revista Especializada de Salud Pública, 76*(6), 7-19.

Singer, Y., Bachner, Y., Shvartzman, P. & Carmel, S. (2005) Home death. The caregiver is experience. *J Pain Symptom Manage, 30,* 70-75.doi:56452/2556/6000008

Szewieczek, J., et al. (2011). Better cognitive and physical performance is associated with higher blood pressure in centenarians. *J Nutr Health Aging, 15*(8), 618-622.dio:2569/000268/2500/

Treto, A. M. (2009). Validación de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con enfermedad oncológica en estadio clínico III y IV con tratamiento quimioterapéutico. (Tesis de Maestría). Universidad Médica de Villa Clara "Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruíz", Santa Clara, Cuba.

Tugrul, M., et al. (2003). Psychologycal symptoms are greater in caregivers of patients on hemodialysis than those of peritoneal dialysis. *Hemodial Int, 7*(4), 332-337.doi:36200000/56690028/

Van, T., Macq, J., Jeanmart, C. & Gobert, M. (2012). Tools for Measuring the Impact of Informal Caregiving of the Elderly: A Literature Review. *InternalJournal of Nursing Studies. 49*(4), 490-504.doi:000023656898/0032652/000851

Villagrán, R. (1996). Los estados emocionales. Ansiedad y depresión. *Revista de Enfermería cubana, 11*(4), 7-13.doi: 0266855/36650003

Vitalino, P.P., Russo, J., Young, H.M., Teri, L. & Maiuro, R.D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer disease. *Psychol Aging, 6*(3), 392-402.doi:458923/000784156

Vivalda, E. (2011). Caracterización emocional de los cuidadores de pacientes en tratamiento renal sustitutivo por hemodiálisis. (Trabajo de grado).Universidad Central ¨Marta Abreu¨ de Las Villas, Santa Clara, Cuba.

Von Gunten, A., Ebbing, K., Imhof, A., Giannakopoulos, P & Kovari, E. (2010). Brain aging in the oldest-old. *Curr Gerontol Geriatr Res, 4*(7), 54-62. doi:66300/56352/00025

Waelde, L.C., Thompson, L. & Gallagher, D. (2004). A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *Clin Psychol, 60*(6), 677-87.doi:02366/2266//5660000

Wang, Z., Zeng, Y., Jeune, B. & Vaupel, J. W. (1998). Age validation of Han Chinese centenarians. *Genus, 54*(1-2), 123-141.doi:26685/3652000/2665

Willcox, B. J., et al. (2007). Caloric restriction, the traditional Okinawan diet, and healthy aging: the diet of the world's longest-lived people and its potential impact on morbidity and life span. *Ann N Y Acad Sci, 11*(14), 434-455.doi:160000/6653799/25360024

Willcox, D. C., Todoriki, H. & Suzuki, M. (2009). The Okinawan diet: health implications of a low-calorie, nutrient-dense, antioxidant-rich dietary pattern low in glycemic load. *J Am Coll Nutr, 28,* 500-516.doi:000025/799988/0033210

Ye, J.J., et al. (2009). Nonagenarians and centenarians in a rural Han Chinese population: lifestyle and epidemics. *J Am Geriatr Soc, 57*(9), 1723-1724.doi:.036498985/8650/0007

Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach, J. (1982). Relatives of the impaired aged: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist, 20*, 649-655.doi:230005997/7896/002148/

Zhou, Y., Flaherty, J.H., Huang, C.Q., Lu, Z.C. & Dong, B.R. (2010). Association between body mass index and cognitive function among Chinese nonagenarians/centenarians. *Dement Geriatr Cogn Disord, 30*(6), 517-524.doi:166694/23000/25569800

Zunzunegui, M. V., Llácer, A. & Béland, F. (2002). The role of social and psychological resourse in the evolution of depression in caregivers. *Can J Aging, 21*, 355-368.doi:482306/790015/0008546

Anexos.

Anexo 1: Consentimiento Informado.

Por medio del presente documento solicitamos su colaboración voluntaria en la investigación sobre los cuidadores del adulto mayor centenario, que se desarrolla en el municipio de Santa Clara por la estudiante del 5to año de la carrera de Lic. en Psicología Lilianny Rodríguez Alonso.

Usted ha sido seleccionado(a) para conformar nuestra muestra, su participación es voluntaria y de igual forma usted puede tomar la decisión de participar o no. En el caso de no sentirse a gusto con algún procedimiento usted puede negarse o abandonar el estudio si así lo desea.

Le garantizamos total anonimato y confidencialidad con la información que pueda ofrecernos, la cual se empleará solo con fines científico-investigativos.

Agradecemos mucho su participación y el valioso aporte que pueda brindarnos, si le surge alguna duda, no vacile en hacer las preguntas que necesite. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le agradecemos que nos los informe.

Su contribución es muy valiosa para la investigación por tanto agradecemos su cooperación nos encontramos en plena disposición para aclarar dudas o inquietudes que puedan surgir durante la misma.

Declaratoria de voluntariedad.

Acepto voluntariamente formar parte de la investigación en calidad de participante. Para ello he sido informado con anterioridad acerca de sus objetivos y conozco los derechos que poseo.

Anexo 2: Cuestionario.

Usted ha sido seleccionado para participar en una investigación sobre el cuidador principal en adultos mayores centenario. A continuación, se le presentan varias preguntas a las que solicitamos responda con sinceridad. La información proporcionada tendrá un carácter confidencial y solo será utilizada con fines de investigación. Gracias.

Seleccione con una **X** la respuesta:

1. Género: (__) Femenino (__) Masculino

2. Color de la piel: __Negra __ Blanca __Mestiza

3. Edad: (____)

4. Zona de residencia: Rural (__) Urbana (__) Suburbana (__)

5. Nivel de escolaridad:

(__) Ninguno
(__) Primaria
(__) Secundaria
(__) Técnico-Medio
(__) Obrero calificado
(__) Bachiller
(__) Universitario

6. Estado Civil:

(__) Soltero / a
(__) Casado /a
(__) Unión Consensual
(__) Divorciado / a
(__) Viudo/a

Cantidad de personas con las que convive: (_____)

7. Personas con las que convive:

(__) Hijo/a
(__) Esposo/a
(__) Hermano/a
(__) Sobrino/a
(__) Nieto/a
(__)Yerno o nuera
(__) Familiar de cuidado
(__) Otros ¿Cuáles? _____

8. Vínculo laboral: (__) Sí (__) No

9. Fuentes de empleo de las que usted participa

(__) Estatal
(__) Cuentapropista
(__) Beneficiario por asistencia social
(__) Estudiante
(__) Jubilado
(__) Ama de casa
(__) Disponible
(__) Desocupado

10. Enfermedades que padece:

(__) Hipertensión arterial
(__) Diabetes Mellitus
(__) Epilepsia
(__) Ortopédicas
(__) Cardiovasculares
(__) Hematológicas
(__) Dermatológicas (piel)
(__) Alérgicas
(__) Inmunológicas
(__) Oftalmológica o visuales

(__) Gástricas
(__) Renales
(__) Endocrinas
(__) Respiratorias
(__) Psicológicos-mentales ¿Cuáles? _____
(__) Otras. ¿Cuáles? _____

11. Grado de parentesco con relación a la persona que cuida:

(__) Hijo/a
(__) Esposo/a
(__) Hermano/a
(__) Sobrino/a
(__) Nieto/a
(__) Vecino/a
(__) Nuera
(__) Otros ¿Cuáles? _____

12. ¿Posee experiencia previa como cuidador?: (__) Sí (__) No

13. Tiempo como cuidador: (_____)

14. ¿Cantidad de horas que permanece a cargo del adulto mayor centenario?

Cantidad de horas al día (_____)
Cantidad de horas a la semana (_____)

15. Niveles de ayuda que requiere el adulto mayor centenario a su cuidado:

(__) Ninguno (__) Parciales (__) Totales

16. ¿Qué funciones realiza como cuidador?

(__) Aseo personal
(__) Alimentación
(__) Acompañamiento
(__) Paseos o caminatas
(__) Medicación
(__) Higienización del hogar
(__) Otras actividades.
¿Cuáles?_____

17. ¿Con que frecuencia realiza estas funciones?

(__) Diariamente
(__) Semanalmente
(__) Mensualmente
(__) Anualmente

18. Recibe ayuda de algún otro familiar:

(__) Sí (__) No ¿De quién?_____

19. Tipos de ayuda recibida:

(__) Económica
(__) De acompañamiento
(__) Alimentaria
(__) Paseos o caminatas
(__) Cuidados hospitalarios
(__) Medicación
(__) Higienización del hogar
(__) Otras actividades.
¿Cuáles?_____

20. ¿Con que frecuencia recibe estas ayudas?

(__) Diariamente
(__) Semanalmente
(__) Mensualmente
(__) Anualmente
(__) Nunca

21. En caso de que usted no pudiese cuidar del adulto mayor centenario ¿Algún familiar se encargaría de esas funciones?

(__) Sí (__) No ¿Quién o quiénes?_____

Anexo 3: IDARE

Inventario de ansiedad (estado).

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente ahora mismo. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos en estos momentos.

No	**Vivencias**	**No en lo absoluto**	**Un poco**	**Bastante**	**Mucho**
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mí mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy agitado				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy preocupado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

Inventario de ansiedad (rasgo).

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la que indique como se siente generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos.

No	**Vivencias**	**Casi nunca**	**Algunas veces**	**Frecuentemente**	**Casi siempre**
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y alterado				

Anexo 4: IDERE

Inventario de depresión (estado).

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora mismo.

1= No, en absoluto 2= Un poco 3= Bastante 4= Mucho

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación
2. Estoy preocupado
3. Me siento con confianza en mí mismo
4. Siento que me canso con facilidad
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme
6. Siento deseos de quitarme la vida
7. Me siento seguro
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo
9. Me canso más pronto que antes
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas
11. Me siento bien sexualmente
12. Ahora no tengo ganas de llorar
13. He perdido la confianza en mí mismo
14. Siento necesidad de vivir
15. Siento que nada me alegra como antes
16. No tengo sentimientos de culpa
17. Duermo perfectamente
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea
19. Tengo gran confianza en el porvenir
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir

Inventario de depresión (rasgo).

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, generalmente.

1= Casi nunca 2= Algunas veces 3= Frecuentemente 4=Casi siempre

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo
2. Creo no haber fracasado más que otras personas
3. Pienso que las cosas me van a salir mal
4. Creo que he tenido suerte en la vida
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones
8. Me deprimo por pequeñas cosas
9. Tengo confianza en mí mismo
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas
11. Me siento aburrido
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales
15. Todo me resulta de interés
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza
17. Me falta confianza en mí mismo
18. Me siento lleno de fuerzas y energías
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente
20. Me ahogo en un vaso de agua
21. Soy una persona alegre
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago

Anexo 5: Escala de Zarit

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces las personas que cuidan a otra persona.

Después de leer cada afirmación debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre.

No existen respuestas correctas o incorrectas, sino tan solo su experiencia.

0= Nunca**; 1 =** Casi nunca**; 2 =** A veces**; 3 =** Bastantes veces**; 4 =** Casi siempre

	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
¿Piensa que su familiar depende de usted?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
Globalmente, ¿experimenta “carga” por el hecho de cuidar a su familiar?					